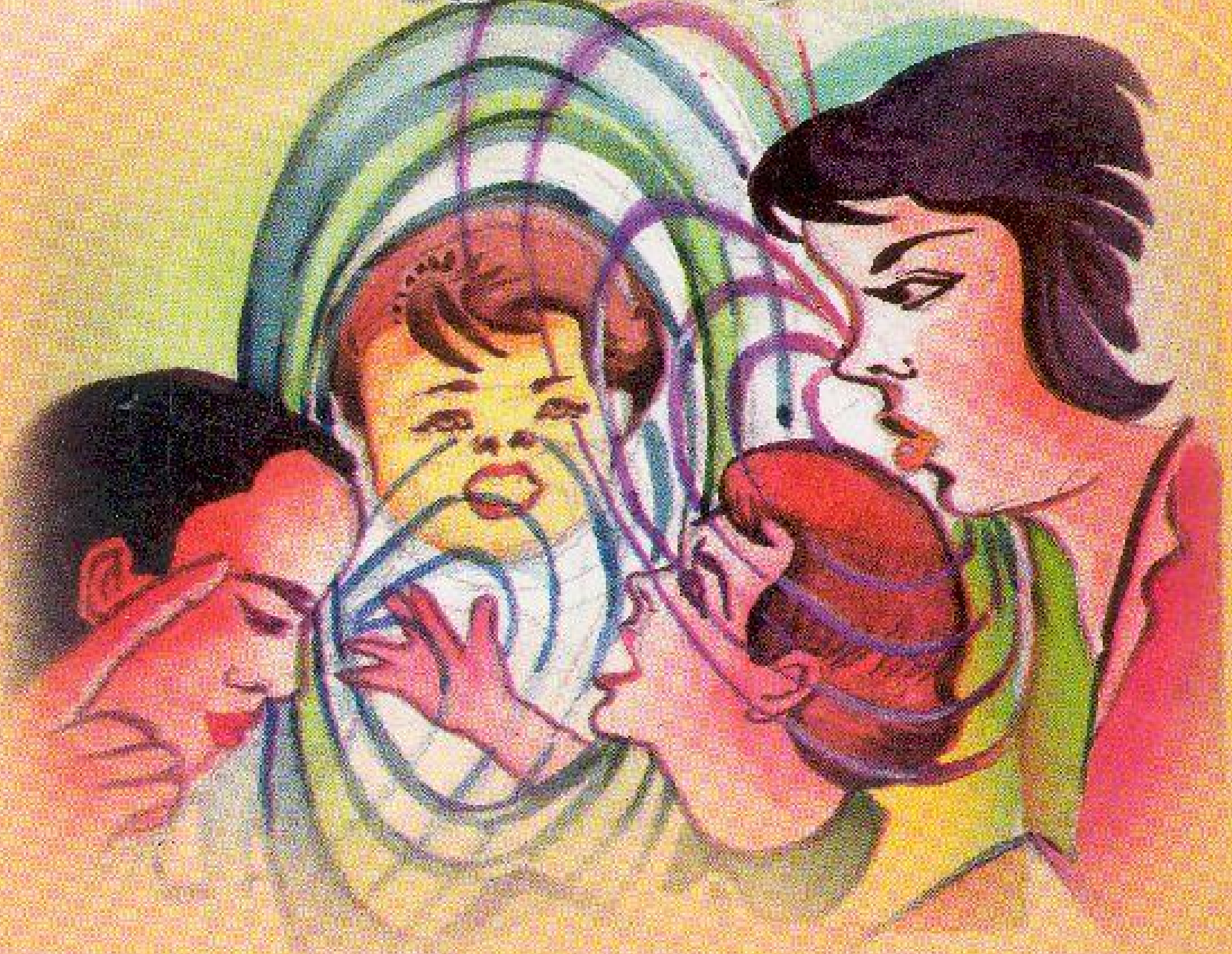
إضطرابات النطق والكلام

التشخيص والعلاج

الدكتورة
سهير محمود أمين



عالم الكتب

اضطرابات النطق والكلام

التشخيص والعلاج

الدكتورة

سهير محمود أمين عبد الله

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة حلوان

الطبعة الأولى

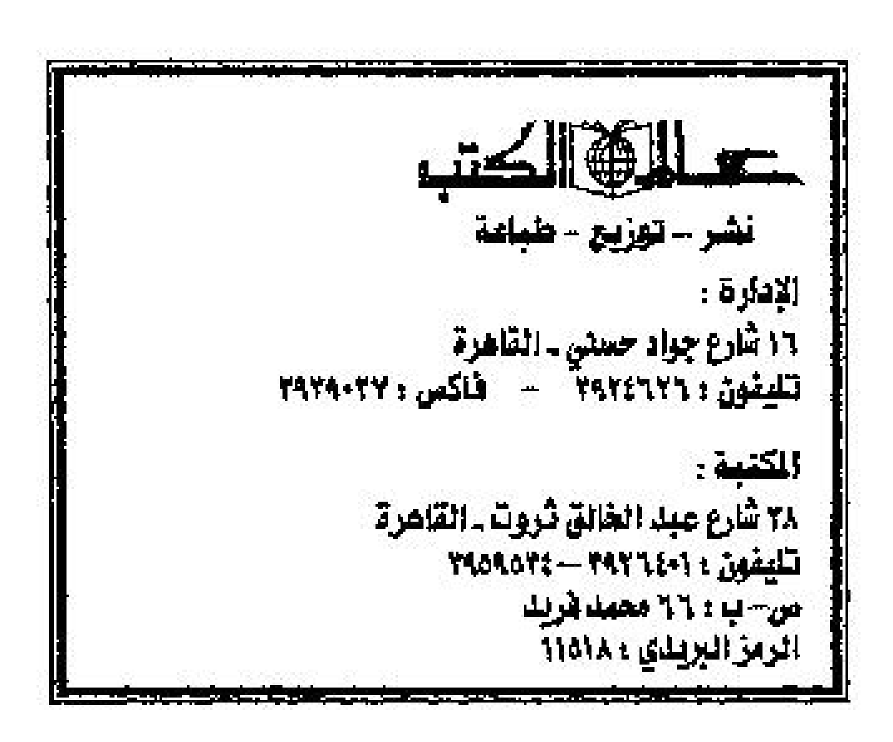
١٤٢٥هـ - ٢٠٠٥م

ملتزم النشر

عالم الكتب

الإدارة : ١٦ شارع جواد حسني - القاهرة

تليفون : ٣٩٢٤٦٢٦ - فاكس : ٣٩٢٩٠٢٧

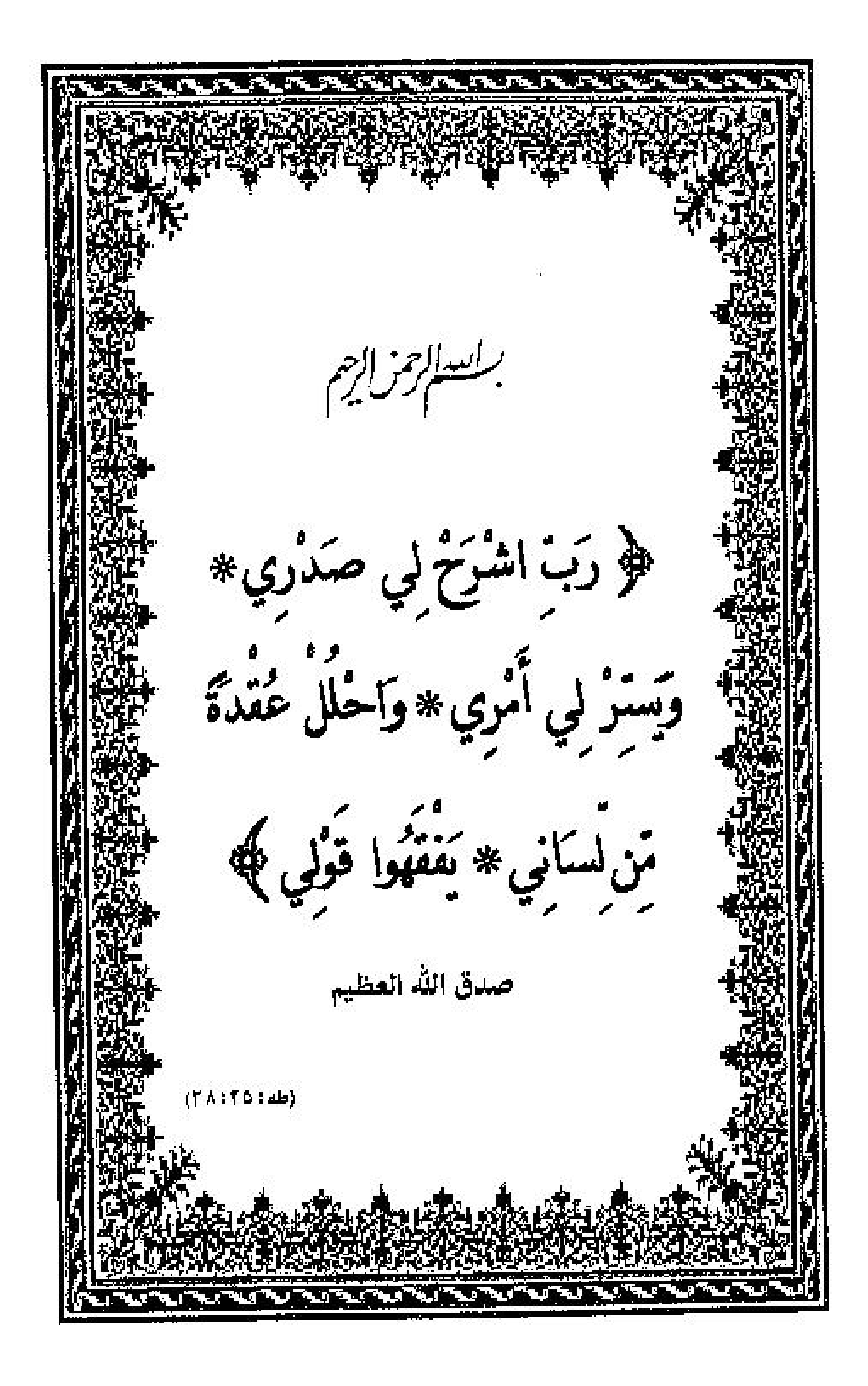


عالم الكتب
نشر - توزيع - طباعة
الإدارة :
١٦ شارع جواد حسني - القاهرة
تليفون : ٣٩٢٤٦٢٦ - فاكس : ٣٩٣٩٠٢٧
المكتبة :
٣٨ شارع عبد الخالق ثروت - القاهرة
تليفون : ٣٩٢٦٤٠١ - ٣٩٥٩٥٣٤
ص - ب : ٦٦ محمد فريد
الرمز البريدي : ١١٥١٨

رقم الإيداع	١٧٩٢ / ٢٠٠٥
I.S.B.N الترقيم الدولى	977 - 232 - 432 - 6

الطبعة الأولى
١٤٢٥هـ - ٢٠٠٥م

الموقع على الإنترنت : WWW. Alamalkotob.com
البريد الإلكتروني : info@alamalkotob.com



بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي * وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي * وَاحْلُلْ عُقْدَةً مِّن لِّسَانِي * يَفْقَهُوا قَوْلِي ﴾

صدق الله العظيم

(طه: ٢٥: ٢٨)

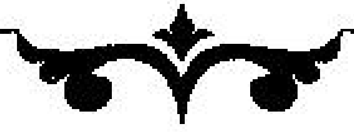
إهداء

باقة حب ووفاء

إلى أفراد أسرتي ...

زوجي ... وابنائي الأعزاء ...

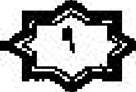
لمياء ، غادة ، أحمد



الطبعة الأولى

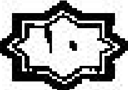
١٤٢٥هـ - ٢٠٠٤م

فهرس المحتويات



الفصل الرابع

اللجلجة



الفصل الخامس

البرامج العلاجية المقترحة

المراجع

المقدمة

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي * وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي * وَاحْلُلْ عُقْدَةً مِنْ لِسَانِي * يَفْقَهُوا قَوْلِي ﴾

صدق الله العظيم (طه: ٢٥: ٢٨)

عزيزي القارئ ، المربي والمعلم والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي ....

أقدم إليك هذا الكتاب في "اضطرابات النطق والكلام ، التشخيص والعلاج" . يتناول هذا الكتاب في عرض شامل لمعظم الجوانب المتصلة باضطرابات النطق والكلام لدى الأطفال والتي تهم المربين والمرشدين والاختصاصيين في مجال علم النفس وعلم الاجتماع وغيرهم من العاملين في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة .

حيث أن موضوع اللغة والنطق والكلام من الموضوعات الهامة التي شغلت القدماء والمحدثين من علماء اللغة والكلام والطب وعلم النفس وعلم الاجتماع والتربية وغيرهم من العلماء في مجالات التخصصات المختلفة ، ولقد أكد هؤلاء جميعاً على أهمية عامل اللغة والكلام في القدرة على الاتصال بالآخر والتوافق في النمو العقلي والفكري والاجتماعي والنفسي .

كما تعتبر إجادة الكلام من أهم مستلزمات الشخصية الكاملة ، فالفرد الذي يكون لديه القدرة على الفهم والإفهام يصبح ناضجاً في حياته العملية وذلك لأهمية وظيفة الكلام في حياة الفرد الأسرية والعلمية والاجتماعية كما أن قوة الشخصية وقوة التعبير يسيران جنباً إلى جنب ، فالفرد الواثق بنفسه يتكلم في انطلاق ووضوح ، فالقدرة على الكلام تعكس له أثر واضح في بناء الشخصية .

وفي هذا الصدد يؤكد علماء النفس على أهمية اللغة خاصة خلال السنوات المبكرة من عمر الطفل حيث أنها تظهر رغبته في التحدث أمام الآخرين وسرعان ما يتحول من كائن متمركز حول الذات إلى كائن اجتماعي يمكن أن يرى ويدرك وجهة نظر الآخرين .

ولهذا اهتممت في وضع خطة هذا الكتاب بأن يكون منتظم الفصول منطقياً ، سهل الأسلوب ، شامل المحتوى ، دون إسهاب ، ولا إيجاز ، حيث تناول الكتاب في الفصل الأول : اللغة من حيث مفهومها ووظائفها ومصوتات اللغة العربية للتعرف على الأصوات الساكنة والأصوات اللينة وأعضاء النطق المستخدمة في إصدار هذه الأصوات .

وتناول الفصل الثاني الحديث عن البناء التشريحي للجهاز الكلامي متمثلة في :

- أعضاء استقبال الصوت "مجموعة التنفيذ" .
- مجموعة التنظيم المركزي .

كما تناول الفصل الثالث :

أولاً : اضطرابات النطق والكلام المتمثلة في التأخر الكلامي تناولاً شاملاً من حيث مراحل تطور النمو اللغوي لدى الطفل والعوامل المؤثرة في النمو اللغوي لدى طفل ما قبل المدرسة . بالإضافة إلى إلقاء الضوء على بعض التدريبات العلاجية التي تساعد الأطفال الذين يعانون من التأخر اللغوي .

ثانياً : اضطرابات النطق والكلام وهي تشمل عدة أنواع كالحذف والتحريف والإضافة والإبدال والعوامل المسببة لاضطراب النطق بالإضافة إلى عمل برنامج تدريبي يكون الهدف منه تدريب الطفل على إصدار الأصوات الخاطئة بصورة صحيحة .

ثالثاً : اضطرابات الصوت وهي تلك العيوب التي تصيب وظيفة الصوت والتعرف على خصائص الصوت والاضطرابات المرتبطة بتلك الخصائص مثل الصوت المرتعش والصوت الرتيب ، وبحة الصوت ، والصوت الطفلي مع التعرف على الأساليب العلاجية لاضطرابات الصوت . أيضاً تم التطرق إلى مشكلة الخنف نظراً لما لها من أثر على أساليب الاتصال الشخصي المتبادل بين الأفراد وما يترتب عليها من مشكلات نفسية ولذا تم التعرف على أسبابها وطرق العلاج المختلفة لتلك المشكلة بالإضافة إلى وضع برنامج للأسرة في المراحل المبكرة من عمر الطفل .

أما الفصل الرابع فلقد تناول موضوع اللجلجة لدى الأطفال تناولاً متكاملاً شاملاً من حيث مفهوم اللجلجة وتفسيرها تبعاً لتعدد وجهات النظر بشأن العوامل المسببة لها مثل العوامل الوراثية والبيوكيميائية والنفسية والنيوفسيولوجية والبيئية والاجتماعية ، كما تم استعراض عدداً من أساليب وبرامج علاج اللجلجة في بعض البلدان الأجنبية .

ولقد حرصنا كل الحرص على أن نقدم للقارئ نماذج حية لبعض حالات اللجلجة لدى الطفل المتلجلج مع تقديم وصفاً شاملاً للبرامج العلاجية التي قمنا بتجربتها على بعض الأطفال المتلجلجين لتشبع قدر الإمكان الحاجات المتباينة والممتدة على نطاق واسع ، مع تذكير القارئ بالحاجة الملحة إلى التمسك بمعايير الضبط العلمي .

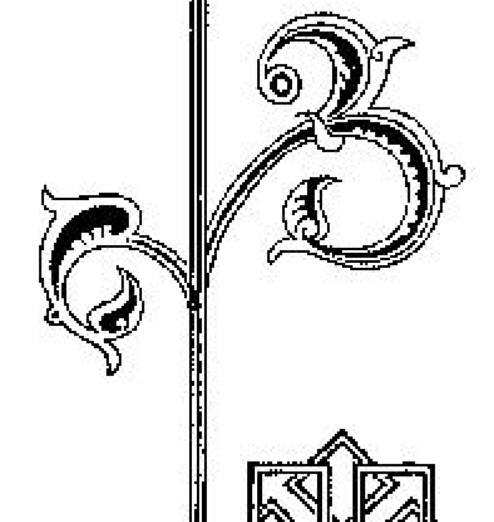
وهذه كلمة شكر أقدمها لوالدي "رحمهما الله" اعترافاً بفضلهم في تنشئتي علمياً وأشكر زوجي على تشجيعه لي ومساعدته القيمة .

الدكتورة
سهير محمود أمين عبد الله
مدينة نصر - القاهرة
أغسطس ٢٠٠٤م

الفصل الأول

اللغة ووظائفها

- تعريف اللغة
- وظائف اللغة
- مصوتات اللغة العربية



الفصل الأول

اللغة ووظائفها

المقدمة :

لا تتجمع ذرات الشعوب وتتولد منها القوة القاهرة إلا بالكلام فليس أعظم شأن في تربية الشعوب من الكلام بشرط أن يكون كلاماً نافعاً.

فالكلام من أهم سبل الاتصال النفسي بين الفرد والفرد الآخر فإذا تكلم شخص فإنه ينقل حالات نفسية كاملة فيها معاني ومشاعر وانفعالات وأفكار ، ولهذا فإن موضوع اللغة والنطق والكلام من الموضوعات الهامة التي شغلت القدماء والمحدثين من علماء اللغة والكلام والطب وعلم النفس وعلماء الاجتماع والتربية وغيرهم من العلماء في مجالات التخصصات المختلفة ولقد أكد هؤلاء جميعا على أهمية عامل اللغة والكلام في القدرة على الاتصال وعلى التوافق وفي النمو العقلي والفكري والاجتماعي والنفسي .

و يعتبر إجادة الكلام من أهم مستلزمات الشخصية الكاملة فالفرد الذي يكون لديه القدرة على الفهم والإفهام يكون ناضجاً في حياته العملية وذلك لأهمية وظيفة الكلام في حياة الفرد الأسرية والعملية والاجتماعية كما أن قوة الشخصية وقوة التعبير يسيران جنبا إلى جنب ، فالفرد الواثق بنفسه يتكلم في انطلاق ووضوح وتحديد وثبات فالقدرة على الكلام تعكس في الشخص قوة ومن ثم فالكلام له أثر في بناء الشخصية ، والإنسان يستطيع الحصول على ما يريده بلسانه أكثر مما يناله ببنانه وإن البطولة والزعامة تحالف بلاغة القول وفصاحة اللسان ، وغالباً ما نرى أبطال المنابر هم ساسة الأمم وقادة الشعوب في كل زمان ومكان .

ويعد الكلام أكثر الأنشطة تعقيداً وأهم الأنشطة العضلية توازنا فبسبب طبيعته المعقدة ومناطقه العصبية ومجموعاته العضلية التي لا حصر لها والتي تتطلب تقريبا تناسقا تاماً وتآلفا فإن الكلام يعتبر عرضه للتشويش والاضطرابات خلال فترات

التوتر الانفعالي ، وفي مثل تلك الفترات نجد أن ضغوط التفاهم تكون أكثر تشويشاً ، واضطرابا أثناء التعبير اللفظي .

حيث تشير باربارا دومينيك (1959) Dominick إلى أن اللغة تعتبر الوسيط الأساسي للتفاهم فمن خلالها نعبر عن آرائنا ، ومشاعرنا واتجاهاتنا وردود أفعالنا كما تعتبر وسيلة الاتصال الأولى للطفل ليعبر عن آرائه ويبلغها لوالديه وللعالم الخارجي وبينما يستطيع الأطفال الآخرون أن ينجحوا ، فإن الطفل المصاب باللجلجة (مثلاً) يكون أكثر عرضه للقلق بسبب الاضطراب الانفعالي .

ونجد أن الأفراد يمارسون الكلام في مختلف جوانب حياتهم دون أن يشغلوا أنفسهم بتحديد الوظائف التي تؤديها ولكن علينا أن نتخيل عجز الطفل عن التعبير عن نفسه فإن ما يحول بينه وبين تحقيق هذا الغرض قد يكون إعاقة سمعية أو بسبب عوامل بيئية أدت إلى تأخر النمو اللغوي وفي ظل هذين العاملين يعجز الطفل عن نقل أفكاره وإذا حاول يخونه النطق أو يثقل عليه أو قد يكون كلامه غير مفهوم وربما عجز كلية عن الكلام وبالتالي يعانى الطفل من الوحدة لأنه غير قادر على أن يتواصل مع الآخرين .

وفي هذا الصدد تؤكد ليلي كرم الدين (١٩٩٢ ، ٢١) على أهمية اللغة خاصة خلال السنوات المبكرة من عمر الطفل حيث أن الطفل يظهر رغبته في التحدث مع الآخرين وسرعان ما يتحول من كائن متمركز حول الذات Egocentric إلى كائن اجتماعي Socialized يمكنه أن يرى ويدرك وجهة نظر الآخرين ويفرق بينها وبين وجهة نظره .

تعريف اللغة :

يرى العلماء أن اللغة عبارة عن مجموعة من الرموز المنطوقة تستخدم كوسائل للتعبير أو الاتصال مع الغير وهى تشمل لغة الكتابة أو لغة الحركات المعبرة (الإيماءات اللفظية) ، أو هي مجموعة محددة أو غير محددة من الجمل كل منها محدودة من حيث الطول وتتركب من مجوعة من العناصر .

كما يرى ديكارت ان اللغة هي خاصية الإنسان حيث انه حيوان ناطق اي مفكر وهي وسيلة للتواصل واداة للتسجيل ومساعد آلي للتفكير ، وعرفها ابن خلدون بانها ملكه في اللسان وكذلك الخط ملكة في اليد. (عبد المجيد احمد منصور ، ١٩٨٢ ، ١٢)

وتعرف اللغة Language بانها نظام من الرموز يتسم بالتحكم والانتظام والتمسك بالقواعد والهدف من اللغة هو تواصل الأفكار والمشاعر بين الأفراد ويرى بانجس Bangs (1968) ان اللغة تتكون من أربعة نظم لغوية هي :-

١- نظام دلالات الألفاظ Semantic System وهو الذي يتعلق بمعاني الكلمات .

٢- النظام التركيبي (البنائي) Syntactic System ويتعلق بالترتيب المنتظم للكلمات في مقاطع او جمل .

٣- النظام المورفولوجي Morphologic System ويتعلق بالتغيرات التي تدخل على مصادر الكلمات لتحديد اشياء كالزمن او العدد أو الموضع .

٤- النظام الصوتي Phonologic System وهو يتعلق بالأصوات الخاصة بالاستخدام الصوتي .

ويتضمن الأداء الوظيفي جانبين وهما :-

الجانب الأول : هو قدرة الفرد على فهم واستيعاب التواصل المنطوق من جانب الآخرين .

الجانب الثاني : يتمثل في قدرة الفرد على التعبير عن نفسه بطريقة مفهومة وفعالة في تواصله مع الآخرين .

كما يعرف بانجس الكلام Speech على انه الفعل الحركي Motor act أو العملية التي يتم من خلالها استقبال الرموز الصوتية وإصدار هذه الرموز .

ويتضمن الكلام التنسيق بين أربع عمليات وهى كالتالي :-

١- التنفس Respiration ، العملية التي تؤدى إلى توفير الهواء اللازم للنطق .

٢- إخراج الصوت Phonation ، وهذا يعنى إخراج الصوت بواسطة الحنجرة والأحبال الصوتية .

٣- رنين الصوت Resonance ، وهي تعني استجابة التذبذب في سقف الحلق الملئ بالهواء وحركة الثنايات الصوتية مما يؤدي إلى تغيير نوع الموجة الصوتية .

٤- نطق تشكيل الحروف Articulation ، أي استخدام الشفاه واللسان والأسنان وسقف الحلق لإخراج الأصوات المحددة واللازمة للكلام .

ويرى ثورنديك أن اللغة هي أهم الوسائل الاجتماعية بالنسبة للفرد ووظيفتها إشباع رغباته وإتاحة الفرصة لكي يعبر الفرد عن أفكاره ومشاعره فهي تعمل على إظهار الفكرة الكامنة داخل الفرد للآخر وبذلك تتيح عملية التواصل الاجتماعي واللغوي بين الأفراد .

كما أوضح Jain (1996) أن اللغة هي النظام الرمزي المستخدم في الاتصال وهي عبارة عن رموز اجتماعية يشترك فيها الناس وقواعد كثيرة لتجميع هذه الرموز وهناك أساليب لأشكال اللغة وهي :-

- غير لفظي (إشارات ، إيماءات وجهية ، حركات جسمية) .
- لفظي (الحديث ، الكتابة ، الغناء) .
- صوتية (أصوات الحديث) .

وتعرف زينب شقير (٢٠٠٠) اللغة بأنها رموز عامة يشترك فيها الجميع ويتفقون على دلالتها كما تتمثل في سيادة الرمز الاجتماعي بارتقاء اللغة لأنها تحقق قدراً من قبول الذات والآخرين وإذا قل هذا القدر عن حد معين اضطربت عملية التواصل الاجتماعي بين الأفراد وبعضهم البعض .

وظائف اللغة

يتفق أغلبية علماء اللغة على أن وظيفة اللغة هي التعبير أو التواصل أو التفاهم رغم أن بعضهم يرفض تقييد وظيفتها بالتعبير أو التواصل ، فالتواصل هو إحدى وظائفها إلا أنه ليس الوظيفة الرئيسية .

ولقد قدم فيصل الرزاد (١٩٩٠) حصراً بأهم وظائف اللغة كما يلي :-

١- تعد اللغة أداة تساعد الفرد على التوافق والتكيف مع ظروف الحياة الخارجية والداخلية حيث أنها أداة للتعبير عن الأحاسيس والأفكار والمشاعر والعواطف .

٢- تعد اللغة أداة للتواصل والتفاهم بين الأفراد والجماعات حيث تعمل على ربط الأفراد ببعضهم البعض ويعتقد بعض الدارسين في هذا المجال أن هذه الوظيفة هي الأساسية بالنسبة للغة .

٣- تساعد اللغة الإنسان في السيطرة على البيئة الخارجية من أشياء وموضوعات .

٤- .تعتبر اللغة أداة فعالة في تسجيل الأحداث والخبرات الماضية فهي أداة لحفظ التاريخ والتراث والفكر لتربط الماضي بالحاضر والمستقبل .

٥- تعد اللغة الدعامة الأساسية للتفكير فهي أداة التفكير لدى الإنسان وعن طريق اللغة يستطيع الفرد أن يعبر عن أفكاره وأن ينقل هذه الأفكار للآخرين عن طريق الرموز اللغوية .

٦- تستخدم اللغة كأداة للسيطرة والطغيان بين الأفراد والجماعات مثلما يحدث في الدعاية والمنافسة واستغلال الشعوب أو استعمارها .

٧- أهم وظائف اللغة التعلم واكتساب المعلومات والخبرات فعن طريق اللغة يتعلم الطفل المواد الدراسية وحفظ المعلومات وتذكرها وتكوين الخبرات والمعارف والإلمام بالقراءة والكتابة .

٨- تعد اللغة بمثابة عامل هام في تطبيق الاختبارات والمقاييس وإجراء المقابلات على الأفراد للتمييز بين الحالات السوية والحالات المضطربة .

٩- تساعد اللغة الأشخاص المضطربين انفعاليا في التعبير عما بداخلهم من مشاعر كما في حالات العصاب والإمراض السيكوسوماتية وبهذا يكون للغة وظيفة تشخيصية .

١٠- تستخدم اللغة كأداة لإثارة العواطف لدى الغير تبعاً لمبدأ المثير والاستجابة كما يرى علماء المدرسة السلوكية فالمثير هو الكلمات المسموعة بما فيه من مدلول أو معنى والاستجابة هي السلوك اللغوي الذي ينجم عن ذلك .

وكذلك اشار العالم الروسي ايفان بافلوف إلى دور اللغة والرموز اللغوية في عملية الاشراط لدى الفرد.

كما يرى Hethering and Parke (1979 : 299) ان وظائف اللغة كثيرة وتتبلور في النقاط التالية :-

١- الوظيفة النفعية Instrumental function

وهذه الوظيفة هي التي يطلق عليها " انا اريد كذا " حيث تساعد الفرد على إشباع حاجاته والتعبير عن رغباته وما يريد الحصول عليه من البيئة المحيطة .

٢- الوظيفة التنظيمية Regulatory Function

وهذه الوظيفة تعرف باسم " افعل كذا ولا تفعل كذا " كنوع من الأمر لتنفيذ المطالب أو النهي أو اداء بعض الأفعال ، واللغة هنا لها وظيفة الفعل أو التوجيه العملي المباشر .

٣- الوظيفة التفاعلية Interpersonal function

تبرز أهمية هذه الوظيفة باعتبار ان الإنسان كائن اجتماعي لا يستطيع الابتعاد عن أفراد الجماعة ولذا فهي وظيفة " أنا وانت " فنحن نستخدم اللغة في جميع المواقف الاجتماعية لإظهار التواصل والاحترام والتأدب مع الآخرين .

٤- الوظيفة الشخصية Personal Function

تعتبر من الوظائف الهامة والرئيسية للغة وهي نقل الخبرة الإنسانية والتعبير عن الفكر واكتساب المعرفة فاللغة ضرورة حتمية لتقدم الثقافة والعلم لأن

الألفاظ هي حصن الفكر وبالتالي لا وجود للفكر من دون اللغة لأن الكلمة هي اداة للتفكير في المعنى الذي تعبر عنه .

٥- الوظيفة الاستكشافية Heuristic Function

من خلال هذه الوظيفة تساعد الفرد على تمييز ذاته عن البيئة المحيطة واستكشاف وفهم البيئة المحيطة بمعنى أنه يسال عن الجوانب التي لا يعرفها حتى يستكمل الجوانب الغامضة في معلوماته عن تلك البيئة .

٦- الوظيفة التخيلية Imagination Function

حيث تستخدم اللغة في كتابة وانتاج الأعمال الفنية المتميزة مثل القصص والأشعار والأدبيات التي تعكس انفعالات وتجارب واحاسيس الفرد وبالتالي يستخدمها الإنسان في الترويح عن النفس والتغلب على صعوبات العمل وإضفاء روح الجماعة كما هو الحال في الأغاني والأشعار التي ترد في الأعمال الجماعية او الفردية .

٧- الوظيفة الأخبارية Information Function

يستخدم الفرد اللغة لنقل المعلومات الجديدة والمتنوعة إلى باقي افراد الجماعة وكذلك توصيل هذه المعلومات إلى الأجيال المتعاقبة ايضا تستخدم اللغة كوسيلة تاثيرية او إقناعية مثلما يفعل بعض المهتمين بالأعلام لحث الجمهور على الإقبال على سلعة معينة او تعديل نمط سلوكي غير مرغوب اجتماعيا وفي هذه الحالة تستخدم الألفاظ المحملة انفعاليا ووجدانيا .

مصوتات اللغة العربية

يطلق بعض العلماء على علم الأصوت علم الفوناتيك phonetics ، والبعض ينسبه إلى فرع «الفونولوجي» phonology لان الفوناتيك ، يعنى بالأصوات الإنسانية شرحا وتحليلاً ويجرى عليها التجارب دون النظر إلى ما تنتمي اليه من لغات ولا إلى اثر تلك الأصوات في اللغة من الناحية العلمية أما فرع (الفونولوجي) فيعنى كل العناية بأثر الصوت اللغوي في تركيب الكلام نحوه وصرفه ، ولهذا يمكن أن يطلق عليه علم الأصوات الذي يخدم بنية الكلمات وتركيب الجمل في لغة من اللغات .

على أن الفرعين قد يلتقيان في ميدان واحد ، ويشتركان معا في البحث في عدة نقاط ومن المحدثين من يميز بين الاصطلاحين تمييزاً اخراً فيجعل الأول منهما خاصا بالناحية الوصفية ، والثاني بالناحية التاريخية وما اشتملت عليه من تطورات وقد كان للقدماء من علماء العربية بحوث في الأصوات اللغوية شهد المحدثون انها جليلة القدر بالنسبة إلى عصورهم وقد ارادوا بها خدمة اللغة العربية والنطق العربي ، ولاسيما في الترتيل القرآني .

فلما كان العصر الحديث واتصلت ثقافتنا بثقافات أوروبا ، بدأ بعض أعضاء البحثات اللغوية يعنون بهذا الأمر ويحاولون الانتفاع به في خدمة اللغة العربية .

ظاهرة الصوت :ـ

الصوت ظاهرة طبيعية ندرك أثرها دون أن ندرك كنهها فقد اثبت علماء الصوت بتجارب لا يتطرق إليها الشك ان كل صوت مسموع يستلزم وجود جسم يهتز على أن تلك الهزات لا تدرك بالعين في بعض الحالات كما أثبتوا أن هزات مصدر الصوت تنتقل في وسط غازي أو سائل أو صلب حتى تصل إلى الأذن الإنسانية .

والهواء هو الوسط الذي تنتقل خلاله الهزات في معظم الحالات ، فخلاله تنتقل الهزات من مصدر الصوت في شكل موجات حتى تصل إلى الأذن ، وسرعة الصوت كما قدرها العلماء هي حوالي (٣٣٢) متر في الثانية .

شدة الصوت :ـ

وتتوقف شدة الصوت او ارتفاعه على بعد الأذن من مصدر الصوت فعلى قدر قرب الأذن من ذلك المصدر يكون وضوح الصوت وشدته ، كما تتوقف شدة الصوت على سعة الاهتزازة ، وهي المسافة المحصورة بين الوضع الأصلي للجسم المهتز وهو في حالة السكون واقصى نقطة يصل اليها الجسم في هذه الاهتزازه فعلى قدر اتساع هذه المسافة يكون علو الصوت ووضوحه ، هذا ويساعد على شدة الصوت او علوه اتصال مصدره بأجسام رنانة ولهذا شدت الأوتار الموسيقية على الواح أو صناديق رنانة ليقوى الصوت ويتضح .

درجة الصوت :ـ

درجة الصوت pitch هي المقياس الموسيقي الذي يدركه من له إلمام بفن الموسيقي ودرجة الصوت كما برهن علماء الأصوات تتوقف على عدد الاهتزازات في الثانية فإذا زادت الاهتزازات او الذبذبات على عدد خاص ازداد الصوت حدة وبذا تختلف درجته وعدد الاهتزازات في الثانية يسمى في الاصطلاح الصوتي التردد ، فالصوت العميق عدد اهتزازته في الثانية اقل من الصوت الحاد .

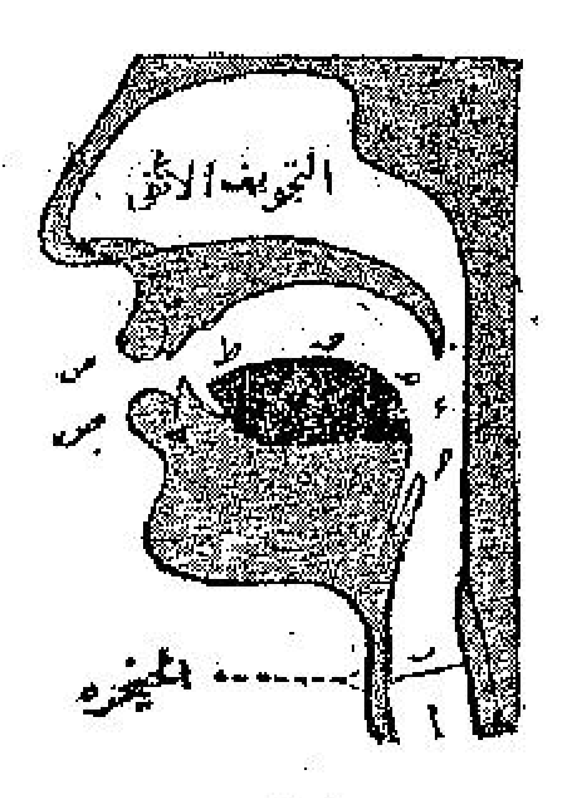
وصاحب الأذن الموسيقية يستطيع بسهولة التفرقة بين شدة الصوت ودرجته ويمكن للمرء ان يلحظ هذه التفرقة حيث يكون امام آلة (الراديو) يستمع إلى احد المغنين يغنى لحناً خاصا ذا درجات موسيقية خاصة ، فإذا اذار المستمع زرا خاصاً ارتفع الصوت او انخفض اي تغيرت شدة الصوت دون ان يؤثر هذا في درجات الصوت (اللحن) .

نوع الصوت :ـ

اما نوع الصوت فهو تلك الصفة الخاصة تميز صوتا من صوت آخر وإن اتحدا في الدرجة والشدة ، وهكذا نستطيع ان نميز صوت الكمنجة من العود رغم احتمال اتحادهما في الدرجة والشدة ، وتلك هي الصفة تميز صوتا إنسانيا من صوت آخر .

و تنشأ الأصوات من الذبذبات التي يكون مصدرها الحنجرة فعند اندفاع هواء الزفير من الرئتين يمر بالحنجرة فتحدث الاهتزازات الناتجة عن حركة الوتران الصوتيان وبعد مرورها من الفم أو الأنف ، تنتقل خلال الهواء الخارجي على شكل موجات حتى تصل إلى الأذن .

ولذلك تعتبر الحنجرة أهم أعضاء النطق وذلك لأنها تحتوى على الوترين الصوتيين اللذان يشبهان الشفتين حيث يمتدان أفقياً من الخلف إلى الإمام ثم يلتقيان عند تفاحة آدم كما هو مبين في الشكل رقم (١) . (إبراهيم أنيس ، ١٩٩٥)

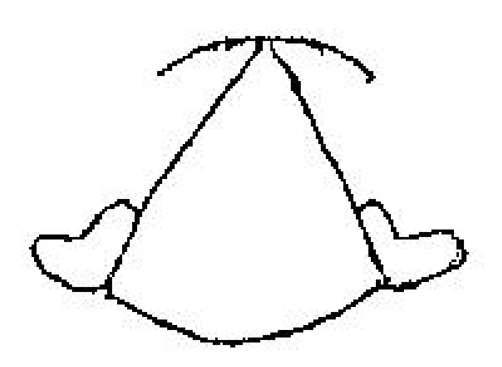


شكل (١)

وتحتوى الحنجرة - أيضاً — على المزمار الذي بين الوترين إذ عندما يهتز الوتران الصوتيان تختلف شدة هذه الاهتزازات تبعا لنوع فتحة المزمار كما يلي :-

أولاً - الانفتاح الكلي للمزمار :

يبتعد الوتران الصوتيان عن بعضهما البعض مما يسمح بمرور الهواء من تلك الفتحة بحرية وذلك عند إصدار الأصوات المهموسة وهي السين (س) والكاف (ك) والتاء (ت) والشكل رقم (٢) يوضح هذه الحالة .

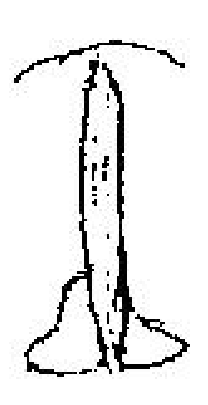


شكل (٢)

المزمار في حالة انفتاح كامل (الأصوات المهموسة)

ثانياً - الانغلاق الجزئي للمزمار :

في هذه الحالة يبدأ الوتران الصوتيان بالتماس ثم الانفراج عن بعضهما نتيجة قوة الهواء الذي يمر بفتحة المزمار مما يسبب تردداً يصل إلى ٨٥٠ مرة في الثانية ، وذلك عند إصدار الأصوات المجهورة مثل الصاد (ص) والضاد (ض) والغين (غ) والقاف (ق) والشكل رقم (٣) يوضح هذه الحالة .

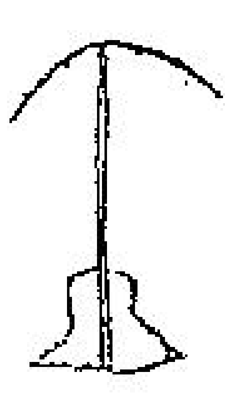


الشكل (٣)

المزمار في حالة إغلاق جزئي (الأصوات المجهورة)

ثالثاً - الانغلاق الكامل للمزمار :

في هذه الحالة يكون الوتران الصوتيان في إطباق أو تماس كامل ومن ثم لا يتمكن الهواء من المرور وبالتالي ينتج عن ذلك صوت الهمزة (ء) ويمكن توضيح هذه الحالة في الشكل رقم (٤) :



الشكل (٤)

المزمار في حالة إغلاق كامل(الهمزة)

وتتوقف درجة صوت المرء على سنه وجنسه فصوت الأطفال والنساء يتسم بالحدة أكثر من صوت الرجال وذلك لأن الوترين الصوتيين في الأطفال والنساء أقصر وأقل ضخامة ويؤدى هذا إلى زيادة في سرعتها وعدد ذبذباتهما في الثانية ، والطفل حين يصل إلى البلوغ يتضخم الوتران الصوتيان ويزداد طولهما ويترتب على هذا عمق الصوت الذي يجعله أقرب إلى صوت الرجال منه إلى النساء لأن عدد ذبذبات الوترين الطويلين الضخمين أقل كثيرا .

وطول الوتر الصوتي في الإنسان البالغ يتراوح ما بين ٢٣ – ٢٧ مليمتر وعدد الذبذبات في الحنجرة كما قدرها جمهور العلماء يتراوح في الغناء بين ستون ذبذبة في الثانية ومئات الذبذبات ، ولكنه في الكلام البين الواضح لا يكاد يتجاوز المائتين .

الأصوات الساكنة وأصوات اللين :-

لقد كان من نتائج تحليل علماء اللغة المحدثين للأصوات اللغوية أن قسموها إلى قسمين رئيسين هما الأول منهما consonants والثاني vowels ويمكن تسمية القسم الأول بالأصوات الساكنة والثاني بالأصوات اللينة (المتحركة) ، وأساس هذا التقسيم عندهم هو الطبيعة الصوتية لكل من القسمين .

ولقد أخذ هذان المصطلحان أكثر من تسمية فبعض العلماء يطلق على الأول " الصوامت " وعلى الثاني " الصوائت " والبعض الآخر يسمى الأول " أصواتا صامتة " ، والثاني " أصواتا صائتة " بناء على أن الثاني أوضح في السمع من الأول .

(عبد الله ربيع ، ١٩٨٨ ، ٩٢-٩٧)

وسوف نتناول هذا التقسيم بشيء من التوضيح .

أولاً : الأصوات الساكنة

تتأثر الأصوات الساكنة بثلاث عوامل وهي :

- وضع الأوتار الصوتية .

عملية التنفس- كما سبق الإشارة — تتكون من شهيق وزفير ويستعمل الهواء الخارج من الرئتين (الزفير) لإصدار الأصوات اللغوية حيث يمر هذا الهواء بالقصبة الهوائية إلى الحنجرة فإذا كانت فتحة المزمار منقبضة فإن الوترين الصوتيين يكونان ملتصقين مما يسبب ارتطام الهواء الخارج ضاغطاً على هذه الأوتار لفتح مجرى له للخروج ومع عملية الانفتاح والإغلاق ينتج صوتا موسيقيا تختلف درجته حسب عدد الترددات في الثانية الواحدة ويسمى الصوت الناتج بالصوت المجهور .

وفي حالة انفراج فتحة المزمار فإن الوترين الصوتيين يبتعدان عن بعضهما البعض حيث يجد الهواء مجرى له وبذلك تصدر الأصوات التي تعرف بالأصوات المهموسة .

ولتميز الصوت المجهور عن المهموس تقوم بوضع الإصبع داخل كل اذن عند نطق صوت الزاى ز ، فإذا شعرنا بالرنين فإن الصوت يكون مجهوراً وكذلك حروف ج ، د ، ذ ، ض ، ظ .

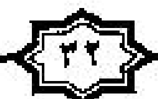
وإذا انتفى الرنين كما في حرف السين (س) فإن الصوت يكون مهموسا كذلك حروف ت ، ث ، ح ، خ .... الخ .

ثانياً : أعضاء النطق المستخدمة في إصدار الصوت

للتعرف على الأشكال الصوتية تبعاً للأعضاء المساهمة في إخراج الصوت ، يمكن تقسيمها إلى ما يلي :

- الأصوات الشفوية

تنطبق الشفتان تماما لكي تحبس الهواء قبل أن يتسرب كما الفراغ الفمي مثل الباء (ب) والميم (م) .



- الصوت الشفوي الأسناني

ينطلق هذا الصوت عند تحريك الشفة السفلي نحو أطراف الثنايا العليا كما هو الحال في صوت الفاء (ف) .

- الوسط الأسناني

تخرج هذه الأصوات من بين أطراف الثنايا العليا واللسان وهي الثاء (ث) والذال (ذ) والظاء (ظ) .

- الإسنانية

ينطلق بهذه الأصوات عند التقاء طرف اللسان بأصول الثنايا كما هو الحال في النون (ن) والطاء (ط) والدال (د) والضاد (ض) والراء (ر) والسين (س) والصاد (ص) والزاى (ز) واللام (ل) .

- وسط حنكية / أقصي حنكية

تصدر أصوات الوسط حنكية وهي الجيم (ج) والشين (ش) والياء (ى) عند التقاء أول اللسان وجزء من وسطه بوسط الحنك الأعلى في الجزء الصلب .

أما أصوات الأقصى حنكية وهي القاف (ق) والكاف (ك) فتكون عند التقاء أقصي اللسان بأقصى الحنك الأعلى .

- الأصوات اللهوية / البلعومية

تصدر هذه الأصوات وهي الحاء والخاء (خ) والعين (ع) والغين (غ) من وسط الحلق حيث يتخذ الهواء مجراه في الحلق حتى يصل إلى أدناه من الفم وبذلك يمكن وصف حروف العين (ع) والحاء (ح) بالبلعومية والخاء (خ) والغين (غ) باللهوية .

- الأصوات المزمارية

مخرج هذه الأصوات هو من فتحة المزمار نفسها وهي الهاء والهمزة (ء) .

(فارس ، ١٩٨٧ ، ٢٨-٣٠)

ثانيا الأصوات اللينة

تشترك هذه المصوتات في صفات خاصة أهمها :-

١- الأصوات اللينة كلها مجهورة .

٢- مجرى الهواء أثناء النطق لا تعترضه عوائق أثناء مروره في الحلق والفم بالمقارنة بعملية النطق للحروف الساكنة التي لابد من وجود حوائل تحبس الهواء لمدة معينة قبل أن يسمح له بالخروج من الفم .

ويمكن تقسيم الأصوات اللينة إلى المجموعات التالية :-

الأصوات اللينة الضيقة

وهذه الأصوات تتمثل في الكسرة (i) والضمة (u) حيث يرتفع اللسان نحو الحنك إلى أقصى حد كما تسمي أيضا بالأصوات الضيقة وذلك لأن الفراغ بين اللسان والحنك يشترك في إصدار هذه الأصوات أضيق ما يمكن ولكن ليس لدرجة أن يعترض مجرى الهواء أي عائق .

الأصوات اللينة المتسعة

تسمي هذه المجموعة بالأصوات اللينة المتسعة أو صوت الفتحة (a) التي تتصف بالاتساع حيث يهبط – أثناء النطق – اللسان حتى يصل إلى قاع الفم والفراغ بين اللسان والحنك يكون أوسع ما يمكن .

وهناك تقسيم للأصوات اللينة تبعا لحركة اللسان وهى كالتالي :-

١- أصوات لينة أمامية حيث يلاحظ أن أول اللسان يرتفع في النطق كما هو الحال في نطق أصوات اللين (i) و (a) .

٢- أصوات لينة خلفية

ويظهر ذلك بوضوح في نطق صوت (u) حيث يكون أقصر اللسان هو الذي يرتفع نحو الحنك ، كما يختلف وضع الشفتين أثناء نطق هذه الأصوات فالشفتان مع صوت (u) مستديرتان ومع أصوات (i) و (a) تكون منفرجتان .

الأسس التي بني عليها تقسيم الأصوات

يرجع الاختلاف بين الحركات والصوامت أو الأصوات الصامتة والأصوات الحركية للعوامل التالية :-

أولاً : من ناحية الوظيفة :-

يتكون المقطع من مجموعة أصوات تشتمل على (حركة) واحدة فقط ، وهو بكونه حدثاً متكاملاً ، أو شيئاً كلياً ، له بداية ونهاية وبين الابتداء والانتهاء مرحلة وسطى تمثل الاستقرار ، وبلوغ القمة وعلى أساس أن المقطع عبارة نبضة نفسية أو نشاط نفسي أو دفعة هوائية فإن أعلى قوة في هذه النبضة أو ذلك النشاط تتمثل في صوت الحركة التي اشتمل عليها لهذا كانت الحركة نواة للمقطع وهذه النواة هي التي تبرز فيها ظواهر الأداء .

فكلمة (كتاب) تنقسم على مقطعين (كِ) + (تاب) وإذا نظرنا إلى المقطع الثاني وقارنا بين أصواته الثلاثة (التاء والف المد ، والباء) من ناحية النطق فسوف نجد الحركة (ألف المد) قد أخذت نصيباً أكثر من أختيها بالنسبة للنبر والتنغيم والتزمين والطول ذلك لأنها أقوى وأبرز في السمع من التاء والباء وأعلى نغمة منها وأيضاً أطول زمناً وأبطأ سرعة منها لهذا كانت الحركة بمثابة العصب أو المركز أو النواة التي تضم حولها بقية عناصر المقطع لتظاهر جميعها — نطقاً وإدراكاً — في صورة كلية .

ثانياً : من الناحية الفسيولوجية :-

تختلف طبيعة الممر أو بعبارة أدق صورة ممر الهواء في أثناء النطق من صوت لآخر وهذا الاختلاف يأخذ صورتين متباينتين :-

الأولى :- يكون الطريق فيها مفتوحا والممر واسعا بدرجة أكبر فيخرج الهواء من القصبة إلى الحنجرة ، فيهتز الوتران الصوتيان ويصبح الهواء الخارج مهتزاً أو محملا بذبذبات ، ويستمر في الخروج دون أن يعترضه عائق ودون أن يحدث حفيفا مسموعا وهذا الوضع الفسيولوجي لا يكون إلا مع نوع خاص من الأصوات وهو الحركات .

الثانية :- وأحيانا يكون الطريق مفتوحا لكن بدرجة أقل كثيراً من الصورة الأولى فيخرج الهواء من هذا الممر محدثا حفيفا مسموعا كالذي نسمعه مع (الفاء) وقد يقوى حتى يحدث ما نعرفه بالصفير كما في نطق (السين) أو (الزاى) أو (الصاد) وإما أن يغلق الطريق في مكان آخر كالميم التي يغلق الطريق معها للمر في منطقة الشفتين ويفتح لها التجويف الأنفي ليخرج منه صوت الميم أو يغلق غلقا محكما لفترة زمنية لا يسمح فيها للهواء بالمرور ثم يعقب هذا انفجار مسموع وذلك كما يحدث مع صوت (الدال) .

ثالثاً : من الناحية الفيزيائية :-

الأصوات تختلف فيما بينها من حيث (المكونات الذبذبية) تلك التي تبدو في صورة التحليل على شكل نطاقات أو حزم من الذبذبات ، ويلاحظ على هذه المكونات أنها في (أصوات الحركة) منتظمة وكثيرة في عددها ، على حين أنها في (الصوامت) على عكس هذا غير منتظمة وكثيرة في عددها ومعنى هذا أن صوت الحركة – فيزنيا – عبارة عن ذبذبات منتظمة كثير في شدتها والصوت الصامت عكس هذا .

رابعاً : من الناحية السمعية أو الإدراكية :-

تختلف الأصوات اللغوية المنطوقة فيما بينها على أساس درجة وضوحها السمعي ، فبعض الأصوات تستطيع الأذن إدراكه من مسافة معينة ، والبعض الآخر لا تستطيع الأذن أن تدركه أو تدركه لكن بدون تمييز واضح — من المسافة نفسها وذلك راجع إلى اختلاف طبيعة الأصوات من حيث Sonority الذي يمكننا تسميته (بالوضوح) ولقد كشفت الدراسات الصوتية الإدراكية عن أن (الحركات) هي أكثر الأصوات وضوحاً في السمع بينما (الأصوات الصامتة) أقل منها في ذلك بدرجة بارزة .

ويمكنك أن تلحظ هذا الفرق في (الوضوح) عندما تستمع إلى إنسان يتكلم في وسط ضوضاء عالية أو من مسافات بعيدة ، فإن أذنك سوف تدرك (أصوات الحركات) بوضوح وقد لا تدرك(الصوامت) أو تدركها ولكن في درجة وضوح أقل .

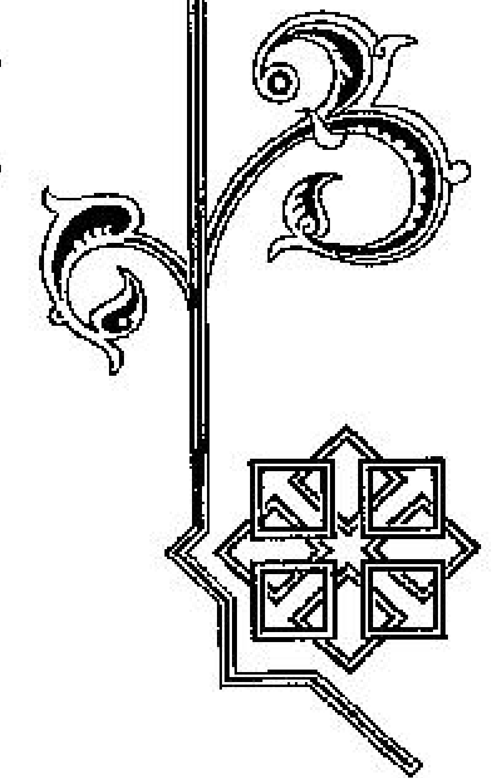
فالفتحة مثلا وهي (صوت لين قصير) تسمع بوضوح من مسافة أبعد كثيرا مما تسمع عندها القاء ولهذا يعتبر الأساس الذي بني عليه التفرقة بين الأصوات الساكنة وأصوات اللين أساسا صوتيا وهو نسبة الوضوح السمعي .

وليست كل أصوات اللين ذات نسبة واحدة في الوضوح السمعي بل منها الأوضح فأصوات اللين المتسعة أوضح من الضيقة أي أن الفتحة أوضح من الضمة والكسرة كما أن الأصوات الساكنة ليست جميعها ذات نسبة واحدة فيه بل منها الأوضح فالأصوات المجهورة أوضح في السمع من الأصوات المهموسة .

الفصل الثاني

فسيولوجيا النطق والكلام

- أعضاء استقبال الصوت
- مجموعة التنظيم المركزي



الفصل الثاني

فسيولوجيا النطق والكلام

يتأثر الكلام واللغة بالبناء او التركيب التشريحي للفرد والأداء الوظيفي الفسيولوجي والأداء العضلي الحركي والقدرات المعرفية والنضوج والتوافق الاجتماعي والسيكولوجي .

ويصف محمد حسين (١٩٨٦) عملية النطق بأنه نشاط اجتماعي مكتسب يعتمد على تآزر للمناطق العصبية ومركز الكلام في المخ الذي يسيطر بالتالي على الأعصاب التي تحرك العضلات اللازمة لإخراج الصوت كما يشارك في عملية النطق الرئتان والحجاب الحاجز والأوتار الصوتية والحنجرة والفم والتجويف الأنفي واللسان والشفتان وغير ذلك من العوامل التي تؤثر على عملية النطق كالقدرات العقلية والعوامل الانفعالية وحالة الفرد الصحية والنفسية ، وبذلك نجد أن عملية تعلم اللغة أو الكلام عملية طويلة معقدة يشترك فيها عوامل متعددة وأجهزة مختلفة لذلك إذا حدث خلل في منطقة أو عامل من تلك التي ذكرت فإنه يؤدى إلى صورة أو أخرى من اضطرابات الكلام .

ويؤكد بانجس (1968) Dangs أن عملية النطق هي فعل حركي يتضمن التنسيق بين اربع عمليات وهي :-

١- التنفس **Respiration**

العملية التي تؤدى إلى توفير الهواء اللازم للنطق

٢- إخراج الصوت

وهو إخراج الصوت بواسطة الحنجرة والأحبال الصوتية

٣- رنين الصوت Resonance

وهي تعني استجابة التذبذب في سقف الحلق المليء بالهواء وحركة الثنيات الصوتية مما يؤدى إلى تغيير نوع الموجة الصوتية .

٤- نطق (تشكيل) الحروف Articulation

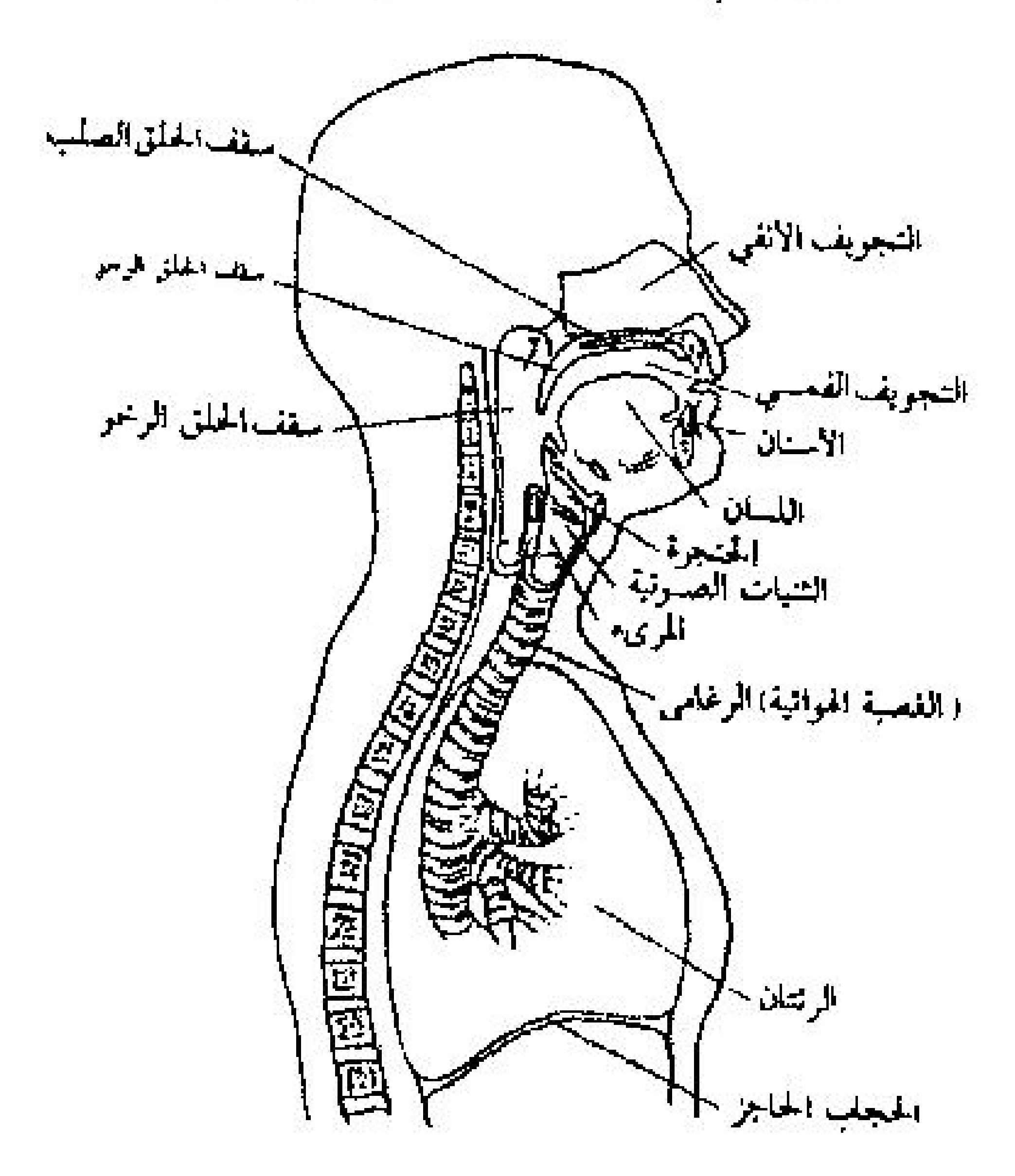
اي استخدام الشفاه واللسان والأسنان وسقف الحلق لإخراج الأصوات المحددة واللازمة للكلام .

وإذا انتقلنا إلى الحديث عن البناء او التركيب التشريحي للجهاز الكلامي نجد ان ميكانزم النطق يعتبر جزءاً من جهاز الكلام وتشير الدراسات المتقدمة حول فسيولوجيا النطق والكلام بالعديد من الوظائف العضوية المتكاملة للأعضاء التالية وهي موضحة في الشكل رقم (٥) . وسوف تستعرض هذه الأعضاء بشيء من التوضيح .

شكل (٥)

مجموعة الأعضاء الصوتية

شكل رقم (٦) الأعضاء الصوتية في الإنسان



(فتحي السيد عبد الرحيم ، ١٩٩٠ : ٢٣٠)

(أ) أعضاء استقبال الصوت "مجموعة التنفيذ" وهي كالتالي:

أولاً ـ الحجاب الحاجز : Diaphragm

هو نسيج عضلي مستعرض، يفصل بين الجهاز التنفسي بما معه من أعضاء وبين الجهاز الهضمي، وحركة الحجاب الحاجز تكون راسية إلى الأعلى أو الى الأسفل عند الشهيق يتقلص الحجاب الحاجز إلى أسفل فيضغط على الأمعاء ويتمدد جدار البطن الى الأمام وبذلك يتسع المكان للرئة التي تتمدد وتمتلئ بأكبر كمية من الهواء، وفي حالة الزفير يتقلص الحجاب الحاجز الى أعلى فيحدث ضغط على الرئة يكون كافياً لإخراج هواء الزفير وتختلف درجة الضغط باختلاف أجزاء الكلام وباختلاف حالة الفرد النفسية مثل الفرح أو الحزن أو الغضب أو الرضا.

ثانياً ـ الجهاز التنفسي " الرئتين والقصبة الهوائية ":

للرئتين وظيفة هامة في الكلام وعن طريق حركة الرئتين تتحقق الوظيفة الحيوية التي هي إمداد الجسم بالأكسجين (عملية الشهيق)، وتخليصه من ثاني اكسيد الكربون (عملية الزفير).

وهناك علاقة بين التنفس وعملية الكلام فالكلام لا يتم إلا في حالة الزفير. كما يلاحظ أن زمن الشهيق مساو تماما لزمن الزفير في وضع الراحة أو الصمت كما يطول زمن الزفير أثناء عملية التكلم ويكون هذا الطول واضحا في حالات خاصة كما هو الحال في قراءة القرآن وعند الغناء أيضاً.

وهواء الزفير الذي يحدث معه الكلام لا يخرج مجرداً منساباً وإنما تعترض طريقه عقبات معينة من أعضاء النطق لكي يتكون الصوت الكلامي ، فإذا أردنا أن ننطق صوتاً كالكاف مثلاً فإن هواء الزفير يخرج من الرئتين نتيجة للضغط من الحجاب الحاجز ثم القصبة الهوائية فالحنجرة فالحلق دون عوائق وفي أقصى الفم يلتقي مؤخر اللسان بمؤخر سقف الحنك فيغلق الممر غلقا محكما يعقبه انفجار مسموع

هو صوت الكاف ونقطة الالتقاء هذه تعرف بمكان نطق الكاف وهكذا تتكون الأصوات الكلامية في جهاز النطق.

اما دور القصبة الهوائية Trachea في الكلام انها طريق الهواء الخارج إلى الحنجرة حيث يتخذ النفس مجراه الى الحنجرة وانها فراغ رنان ذي اثر واضح في درجة الصوت ولا سيما إذا كان الصوت عميقاً.

ثالثاً: الحنجرة Larynx

وتعتبر الحنجرة من اهم اعضاء النطق لاحتوائها على الوترين الصوتيين والمزمار، فالوتران الصوتيان هما رباطان يشبهان الشفتين – كما سبق التوضيح – حيث يمتدان افقياً من الخلف إلى الأمام ثم يلتقيان عند تفاحة ادم، اما المزمار فهو الفراغ الذي بين الوترين اللذان يهتزان اهتزازات تختلف شدتها حسب نوع فتحة المزمار.

رابعاً: الحلق

هو الجزء الذي بين الحنجرة والفم فهو بالإضافة لكونه مخرجا لبعض الأصوات اللغوية فإنه يستعمل بصفة عامة كفراغ رنان يقوم على تضخيم بعض الأصوات بعد صدورها من الحنجرة.

خامساً: الفراغ الفمي ويتكون من الأعضاء التالية:-

اللسان

وهو عضو هام في عملية النطق لأنه مرن وكثير الحركة في الفم عند النطق فهو ينتقل من وضع إلى آخر وينتج الصوت اللغوى حسب أوضاع اللسان، ولقد قسمه علماء الأصوات إلى ثلاثة اقسام

- اول اللسان (طرف اللسان).
- وسط اللسان.
- اقصى اللسان.

❖ الحنك الأعلى

وهو العضو الذى يتصل به اللسان في أوضاعه المختلفة ومع كل وضع من أوضاع اللسان مع أجزاء الحنك تتكون أشكال مختلفة من مخارج الأصوات وينقسم الحنك إلى عدة أقسام وهي:-

- الأسنان و أصول الثنايا.
- وسط الحنك (الجزء الصلب منه)
- أقصى الحنك (الجزء اللين منه ثم اللهاة).

❖ الشفتان

نلاحظ تغييراً في شكل الشفتين أثناء عملية النطق ومن ثم نجد الانفراج والاستدارة والانطباق أوضاع واضحة للشفتين أثناء إصدار بعض الأصوات.

سادساً:- الفراغ الأنفي

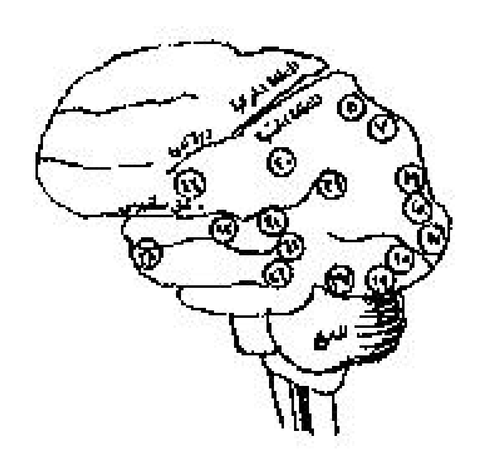
وهو العضو الذي يندفع خلاله التنفس مع بعض الأصوات كالميم والنون لكونه فراغاً رناناً يضخم بعض الأصوات عند النطق. (عبد الله ربيع وآخرون ١٩٨٨، ٨٧- ٩٢)

(ب) مجموعة التنظيم المركزي

وهذه الأعضاء تتمثل في الجهاز العصبي ونصفي المخ الكرويين والأعصاب الدماغية وهذه الأعضاء السابقة الذكر تقوم بوظائف أخرى غير وظيفة النطق والكلام وهي تتكون من الأعضاء التالية:-

أولاً: المناطق السمعية في القشرة الدماغية

بعد وصول الذبذبات الصوتية إلى العصب الدماغي (*) تنتقل هذه الذبذبات إلى ساق الدماغ Brain stem وتتجه نحو الفص الصدغي الأيسر والأيمن حيث توجد مناطق الإسقاط السمعية وهما المنطقة رقم ٤١، ٤٢ في خارطة العالم برودمان Brodmann وفيما يلي عرض لمراكز الكلام ووظائفها تبعاً لخارطة برودمان كما هو موضح في الشكل رقم (٧) .



شكل (٧)

المنطقة رقم (٤١) :

تقع في الجزء الخلفي من المنطقة الصدغية العلوية، وهي تختص بتسجيل الأصوات بكل صفاتها من حيث الشدة والتردد والتركيب ولكن بدون تفسير أو إدراك لهذه الاحساسات الصوتية السمعية.

(*) -يتكون العصب السمعي الدماغي (بالأذن الداخلية) من عصب قوقعة الأذن الذي ينقل السيالات العصبية الناشئة من جهاز التيه في باطن الأذن والذي يختص بعملية الاتزان الحركي .

المنطقة رقم (٤٢) :

تقع في الجزء الخلفي للتلفيف الصدغي الثاني وهذه المناطق تغلق شق سلفيوس الدماغي وتستقر في التلافيف قرب منطقة الاستقبال السمعي والمسماة بتلافيف هيشل Heschl.

والمنطقة رقم (٤٢) تختص بوظيفة الفهم والتفسير والتي تسمى بالمنطقة السمعية النفسية، وتشير الدراسات إلى أن إتلاف خلايا هذه المنطقة يؤدي إلى العمه السمعي حيث يفقد المصاب قدرته على تفسير الأصوات المسموعة وإدراك دلالتها بينما يكون قادراً على القراءة والكتابة ة وفهم ما يكتب اليه كما تشير الدراسات الى ان المناطق القشرية رقم (٤١، ٤٢) لا تتدخل في تمييز التوترات الصوتية المختلفة (العتبات الصوتية) بل ان هذه الوظيفة تتم عن طريق اتصال هذه المناطق بما فيها المنطقة الحركية رقم (٤٤) بشريط من الألياف العصبية إلى النوى العصبية تحت قشرية التي توجد في الجزء القاعدي للمخ.

المنطقة رقم (٣٩)

تقع أسفل الفص الجداري أمام مناطق الاستقبال البصري وهذه المنطقة تسهل وظيفة القراءة البصرية وتشكل مركز الكلام المرئي بينما المناطق رقم (٤١، ٤٢) تشكل مركز الكلام المسموع.

4-المنطقة رقم (٣٧)

تقع في المنطقة الصدغية السفلى وهي تكون جزء من منطقة الكلام المركزية حيث تتدخل في عملية صياغة الكلام.

٥- المنطقة رقم (٤٤)

وتسمى بمنطقة (بولس بروكا)، وتقع في النهاية الخلفية من المنطقة الجبهية (الأمامية) السفلي، حيث تختص بنواحي الكلام الحركية فهي المنفذة.

كيف تتم عملية السمع؟

بعد وصول النبذبات الصوتية إلى العصب الدماغي السمعي – كما سبق القول- تنتقل هذه الذبذبات عبر النوى القاعدية السنجابية إلى ساق الدماغ Brain Stem متجهة نحو الفص الدماغي الأيسر والأيمن حيث توجد مناطق الإسقاط السمعية وهي ٤١، ٤٢، ٣٩، ٣٢، ٤٤. ومما هو جدير بالذكر ان تمييز الأصوات (التوترات الصوتية المختلفة) ليس مسئولية منطقة بمفردها بل يحدث عن طريق اتصال هذه المناطق بما فيها المنطقة الحركية رقم (٤٤) بشريط من الألياف العصبية إلى النوى العصبية التى توجد في الجزء القاعدى من المخ وهى نوى كبيرة ومتمايزة.

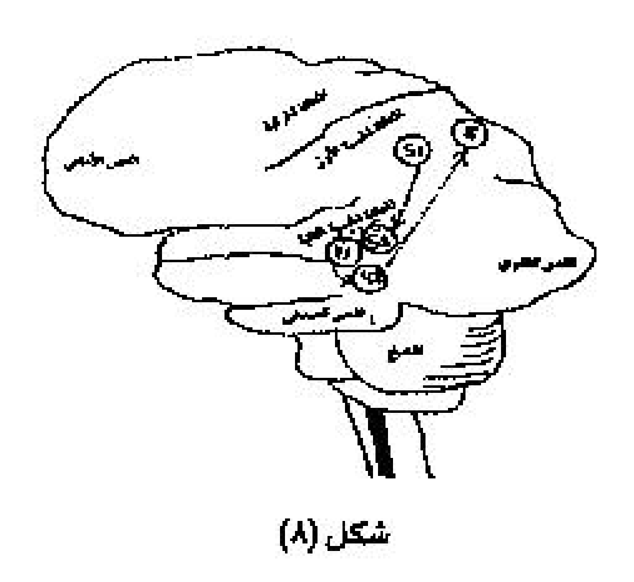
كما تنشأ من منطقة بروكا رقم (٤٤) الياف عصبية تتصل باسفل القشر الرولاندى الذى يعصب بدوره مراكز الكلام، كما تتصل المناطق الكلامية مع المهاد (الثلاموس) وتحت المهاد (الهيبوثلاموس). حيث ان الثلاموس المكون من مجموعة من النوى العصبية الواردة وكذلك الإشارات العصبية الهابطة تعتبر بمثابة مركز لتوصيل الإشارات الحسية الصاعدة والإشارات العصبية الحركية الهابطة .

ومن خلال المهاد يتم ايضاً استقبال الإشارات السمعية إلى المنطقة رقم (٤١) ويتم اتصال المناطق الكلامية وارسالها بالمناطق المقابلة في نصف الكرة المخية الغير مسيطر.

- ولقد اشار العالم الألمانى فيرنيك(1874)، Wernicke إلى ان وظيفتي الكلام المستقبلة والمنفذة تقعان في نصف الكرة المخية المسيطر في التلفيف الصدغى العلوى والجبهى السفلى وأن ٧٠٪ من حالات إصابة النصف الأيسر من القشرة يؤدى إلى حالات الأفيزيا الحسية Sensory Aphasia والمصاب بهذا الاضطراب يفقد القدرة على تفهم الكلام المسموع واعطائه دلالاته اللغوية بمعنى انه يسمع الحرف كصوت إلا انه يتعذر عليه ترجمة مفهوم الصوت الحادث مما يؤدى إلى تبديل وحذف بعض الحروف او استخدام كلمة في غير موضعها عند الكلام بحيث يصبح الكلام غامضاً ومتداخلاً وهذه الحالة لا تنشأ عن اضطراب القدرة

السمعية ولكن تنشأ عن اضطراب في القدرة الادراكية السمعية للصوت وهى وظيفة المنطقة السمعية رقم (٤٤).

فسماع الأصوات يتطلب الإدراك والفهم وهذا لا يتأتى للفرد إلا عن طريق التوافق العقلى الادراكى الذى يتم بين مجموعة من المراكز الحسية في الدماغ فهناك منطقة حسية اولى في القشرة الدماغية في النصف الأيسر موضحة في الشكل رقم (٨) ، يرمز لها بالرمز (S1) وهذه المنطقة تشارك في تطور القدرة على الكلام ومنطقة حسية ثانية (S2) تتلقى الإشارات من نصفي كرتي المخ.



شكل (٨)

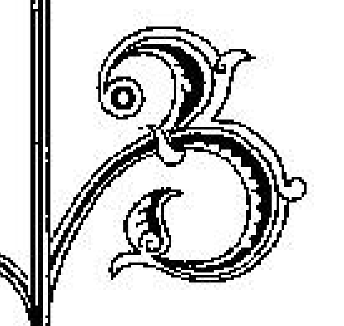
والإحساسات الصوتية تنتقل عبر الهيبوثلاموس والنوى القاعدية ل (S1) ومنها تنتقل عن طريق الارتباطات الحسية (S2) حيث توجد المنطقة رقم (٤١) ومنها إلى المنطقة (٤٢) ثم إلى المنطقة رقم (٥) التي تقوم بتحليل الاحساسات الأولية لتشكل ما يسمى بالإدراك السمعي والاستجابة الصوتية الحركية وهى مهمة المنطقة رقم (٤٤). ومن ثم ندرك أن وظيفة السمع هي مسئولية مناطق عديدة مترابطة ومتكاملة.

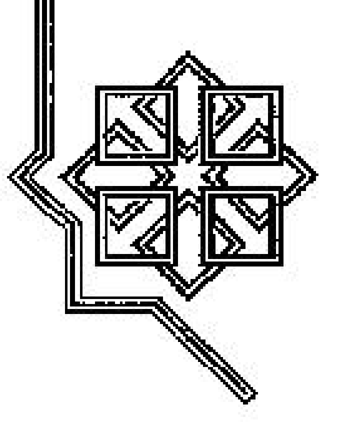
(فيصل الزراد، ١٩٩٠، ٩٩- ١٠٤)

الفصل الثالث

اضطرابات النطق والكلام

- التأخر الكلامي
- اضطراب النطق
- اضطراب الصوت
- مشكلة الخنف (الخنة)





اضطرابات النطق والكلام

ان عملية النطق كما سبق الذكر تعتمد على تآزر المناطق العصبية ومركز الكلام في المخ الذي يسيطر بالتالي على الأعصاب التي تحرك العضلات اللازمة لإخراج الصوت وبذلك نجد أن تعلم اللغة عملية طويلة ومعقدة يشترك فيها العديد من الأعضاء والأجهزة وإذا حدث خلل ما في منطقة او عامل من تلك التي ذكرت فإنه يؤدي إلى صورة او أخرى من اضطرابات الكلام .

ففي الجهاز الفمي مثلاً توجد أجزاء كثيرة يجب ان تؤدي وظائفها بشكل سليم حتى يبدو النطق صحيحاً وسليما ، لكن إذا حدث خلل ما مثل عيوب في ترتيب الأسنان و انتظامها او يكون هناك عيبا في سقف الحلق الصلب او الرخو ، هذا بالإضافة إلى انه كثيرا ما توجد عيوب في النطق دون وجود اي قصور تكويني واضح مثل الاضطرابات ذات الأصل الوظيفي والتي ترجع إلى عوامل مختلفة منها الثبوت على الأشكال الطفلية في الكلام والمشكلات الانفعالية وغير ذلك من العوامل .

وسوف نتطرق إلى الحديث عن بعض اضطرابات الكلام .

أولاً : التأخر الكلامي

كما سبق ان أوضحنا النشاط اللغوي من اهم الوسائل في الربط بين الأفراد وبعضهم البعض وبالتالي فإن الارتقاء اللغوي لدى الطفل في السنوات الأولى من العمر له أهمية بالغة فهو يستطيع أن يقدم نفسه للآخرين من خلال انماط سلوكية معينة يستعين على تحديدها باللغة ، ومع النمو يتعلم الطفل اللغة التي يتحدثها الآخرين من حوله ولكنه يتعلم اشياء اخري كثيرة قبل ان يذهب إلى المدرسة وذلك من خلال مشاركته الناس الأنشطة .

ولذلك نجد ان الطفل يتعلم مع اللغة اسلوب الحياة ونظامها والقيم والمعارف العامة من الحياة كما يستطيع ان يدرك الكثير عن الآخرين واتجاهاتهم نحوه من

خلال كلامهم عنه او اليه ومما لا شك فيه ان نوع علاقات الطفل بالآخرين لا تحدده اللغة فحسب بل تشارك عوامل اخرى كالطمأنينة والشعور بالتقبل والحب ، واللغة تساهم بنصيب كبير في ابراز هذه العلاقات واكسابها درجة عالية من الموضوعية .

والطفل العادي في مرحلة ما قبل المدرسة يستطيع اكتساب ما يقرب من خمسين مفهوما جديدا عن اللغة كل شهر وبذلك يضيف هذه الثروة الكلامية إلى رصيده اللغوي الذي يتزايد بسرعة كبيرة خلال هذه المرحلة مما يساعده على التواصل مع الآخرين والتجاوب مع متطلبات الحياة الاجتماعية .

(سعدية بهادر ، ١٩٨٧ ، ٦١)

مراحل تطور النمو اللغوي لدى الطفل

الطفل يولد وهو مزود بالقدرة على التعبير ولكنه لا يستطيع القيام بهذه الوظيفة إلا عندما تصل اجهزته الداخلية الخاصة بعملية الكلام وتصل إلى درجة معينة من النضج فيبدأ في تعلم الكلام وهذا يعني أن قدرة الطفل على تعلم اللغة تظل مشروطة بنضج الجهاز الصوتي وقدراته العقلية .

هناك مراحل اساسية للنمو اللغوي للطفل وهذه المراحل يمر بها ليصل إلى مرحلة تكوين الجمل والحوار مع الآخرين .

ولكن عندما نتحدث عن مراحل التطور في النمو اللغوي لدى الطفل يجب ان نضع في الاعتبار ان هناك اختلافات فردية ما بين الأطفال وبعضهم البعض فهناك مراحل يكون نمو اللغة لدى الطفل سريعا واخرى يكون فيها نمو اللغة بطئ .

يقسم العلماء مراحل نمو اللغة عند الطفل إلى مرحلتين أساسيتين ،

أولاً : المرحلة قبل اللغوية :

أ- مرحلة الصراخ Crying Stage

تبدأ بصرخة الميلاد التي تأتي مباشرة بعد الميلاد والتي تحدث بسبب اندفاع الهواء إلى رئتي الطفل مما يتسبب في اهتزاز الأوتار الصوتية بالحنجرة فتصدر الصرخة .

وهذه المرحلة تسمى بالصراخ الانعكاسي وذلك لأن الأصوات الصادرة عن الطفل تعبر عن الإحساس بعدم الارتياح (الجوع ، الألم ، الإخراج) كما يكون مصاحبا بأصوات انتباهية وهي عبارة عن صيحات وتنهدات مصاحبة للحركة إلى جانب الأصوات التي تصدر عند البلع والكحة والعطس .

ويعتبر العلماء مرحلة الصراخ مرحلة هامة في تطور ونمو اللغة لدى الطفل لأنها بمثابة رد فعل انعكاسي لعالم الطفل الجديد كما أنها تساعده على إشباع احتياجاته ورغباته . (Stark, 1979 : 5)

ب- مرحلة المناغاة BabbLing Stag

تنمو حصيلة الطفل اللغوية من أصوات الصراخ والتنهدات إلى المناغاة وأصوات الراحة للتعبير عن حالات الارتياح وهذه الأصوات ليست أصوات اجتماعية في البداية لأنها غالباً ما تصدر عندما يكون الطفل وحيداً .

ففي هذه المرحلة يبدأ الطفل بإحداث ترديدات من تلقاء نفسه تأخذ شكل لعب صوتي حيث يجد فيها الطفل لذة ومتعة لأنه يكتشف فعالية هذه الأصوات التي يصدرها وذلك من خلال رد فعل الآخرين خاصة الأم عند سماع تلك الترديدات ، وجميع الأطفال يمرون بمرحلة المناغاة بما فيهم الأطفال المعوقين سمعيا والمعوقين عقليا وقد تستمر هذه المرحلة من أشهر إلى سنة .

وتمثل مرحلة المناغاة نواة تطور اللغة لدى الطفل فهي مجموعة أصوات يبعثها الطفل وهو في حالة ارتياح فهي بالنسبة له غاية في حد ذاتها لا ليعبر عن شئ وإنما يكررها الطفل وكأنه يلهو .

ويؤكد الدارسين في هذا المجال ان هذه الأصوات ما هي إلا تدريب للجهاز الصوتي على النطق إلى أن يتمكن هذا الجهاز من أداء وظيفته بصورة سليمة والطفل يجد في هذه الأصوات لذة ومتعة لأنها ترتبط بما يناله الطفل من عناية ورعاية نفسية من المحيطين خاصة الأم . (Wolf, 1969 : 15)

ويقسم علماء اللغة مرحلة المناغاة إلى اربع مراحل كما يلي :

أولاً : اللعب الكلامي (من ٢٠ – ٢٥ أسبوع)

يبدأ الطفل بإحداث ترديدات صوتية تلك استمرارية أطول من الأصوات المعبرة عن السعادة بالإضافة إلى وجود طبقة صوتية عالية وظهور بعض الأصوات الساكنة الأنفية مثل (م . ن) ووجود طقطقات زائدة مثل طقطقة الشفاه إلى جانب الأصوات المتحركة حيث يتنوع وضع اللسان وارتفاعه .

ثانياً : المناغاة المتكررة (من ٢٥ : ٥٠ أسبوع)

في هذه المرحلة يبدأ الطفل بإحداث ترديدات مكونة من مجموعة مقاطع (سواكن ، متحركات) ولكن يلاحظ ان المقاطع الساكنة مثل " تاتا ، واوا " تكون في نهاية هذه المرحلة ويستخدمها الطفل للتواصل مع الأشخاص المحيطين .

ثالثاً : المناغاة غير المتكررة (من ٥٠ : ٦٢ أسبوع)

يغلب على هذه المرحلة مقاطع مركبة من ساكن ومتحرك مثل " ماما " و " مام – بابا " ثم يلي ذلك مجموعة من نماذج الإطار الموسيقي بصورة تجعل للمناغاة مكانة اجنبية ويلاحظ ان الطفل يستمر عدة اشهر في هذا النشاط اللغوي .

رابعاً : الانتقال من المناغاة إلى الكلام (من ١٢ شهر : ١٥ اشهر)

حيث يبدأ الطفل في استخدام الأنظمة اللفظية للأشخاص المحيطين ولكن هناك مرحلة انتقالية تستمر من ١٢ — ١٥ شهر حيث لا يمكن ان يندرج ما يقوله الطفل تحت لفظ مناغاة ولا يمكن اعتباره كلاما ولكنها تمهيد لمرحلة التقليد .

(Menyuk, 1979 : 51)

ـ مرحلة التقليد :

وهى من المراحل الهامة التي يتم فيها تحول المناغاة العشوائية إلى كلمات لها معنى ويكون التقليد في البداية غير دقيق ولكن مع مواصلة التقليد يبدأ الطفل في اخراج بعض الأصوات تشبه الكلمات .

ويرى علماء اللغة ان الطفل يقلد صيحات واصوات الآخرين وذلك بهدف ان يتصل بهم او يصبح مثلهم او بهدف إشباع حاجة ما ، كما اعتبر العلماء هذه العملية بمثابة واحدة من طرق تعليم الطفل وذلك لأن تقليد الطفل لألفاظ المحيطين يتوقف على التدعيمات الإيجابية التي يتلقاها منهم .

ولقد ربط جان بياجيه بين التقليد وذكاء الطفل فهو يرى ان للذكاء اثر كبير في ظهور عملية التقليد بصورة صحيحة

ويبدأ التقليد لدى الطفل في نهاية السنة الأولي من عمره وبدايات السنة الثانية حيث تتحول عملية التقليد من عملية تلقائية لا ارادية إلى أن تصبح إرادية وهذا يعنى أن الطفل بدأ يستخدم قدراته العقلية خاصة عنصر الفهم .

ثانياً - المرحلة اللغوية

بعد المرور بالمراحل السابقة يبلغ الطفل المرحلة الأخيرة للنمو اللغوي التي يتمكن من خلالها من فهم الكلام واستخدامه الاستخدام السليم ويجمع العلماء على أن هذه المرحلة تبدأ عندما يبلغ الطفل العادي (١٥) شهراً و (٣٨) شهراً عند الأطفال المتخلفين عقليا .

كما يذكر جان بياجيه ان في نهاية المرحلة الحس حركية والتي تنتهي قبل سنتين تظهر الوظيفة الرمزية للغة وتتميز لغة الطفل بالتالي :-

١- اللغة المتمركزة حول الذات والتي تتصف بكثرة الحديث عن النفس .

٢- اللغة الاجتماعية والتي تركز على التواصل الكلامي بين الطفل والآخرين مع محاولة إثبات الذات .

ولقد تم تقسيم هذه المرحلة إلى مراحل فرعية أخرى وهي :

- فهم حديث الآخرين دون القدرة على استخدام الكلمات بصورة جيدة .
- نطق الكلمة الأولى .
- تطور المهارات اللغوية . (Cash , 1989 : 8, 9)

تبدأ مرحلة نمو الحصيلة اللغوية بين سنتين والأربع سنوات حيث يمر الطفل بتطورات كبيرة في مقدرته اللغوية فيبدأ بامتلاك حصيلة لغوية بسيطة جدا إلى النطق المكون من كلمات أكثر تعقيدا وتكون غالبية الكلمات حسية تتدرج إلى الأسماء المجردة وفي أواخر السنة الثانية يستخدم الطفل الضمائر مثـــل (أنا وأنت) .

كما تتميز هذه المرحلة بالنشاط الإيجابي ويكون نمو الجملة ذات الكلمتين بطيئا فيبدأ بتركيب جملة بسيطة مكونة من كلمتين ثم يتقدم بسرعة ومن امثلتها اشرب لبن ، لبن كثير ، حلوى كثير ، العب كثير.

ومع ذلك تظل لغة الطفل ابسط من لغة الراشدين برغم انها تتضمن الأسماء والأفعال والصفات فالمهم ان الطفل يصبح له نظام لغوى من صنعه هو وليس نسخه مباشرة من نظام الراشدين حيث يستخدم وسائل لغوية بطريقته الخاصة ويبتكر منطوقات جديدة ذات علاقة ما بالكلام الذي يسمعه من حوله . (Slobin , 1971 : 42)

وبالنسبة للطفل المتأخر لغويا نتيجة للضعف السمعي أو الإعاقة العقلية أو الحرمان البيئي فليس بمقدوره أن يكتسب تلك المفاهيم اللغوية وبالتالي فهو يعيش في عزلة وسط ناس لا يستطيع التواصل معهم نتيجة افتقاده لآليات التواصل مع الآخرين من كلمات وجمل بسيطة وتراكيب لغوية تساعده على فهم ما يدور بين الأفراد المحيطين من أحاديث وتمكنه أيضاً من التعبير عن ذاته الجسمية والاجتماعية والانفعالية .

ويرتبط التأخر اللغوي ارتباطا كبيرا بالإعاقات خاصة الإعاقة السمعية والعقلية فنجد أن لغة الطفل ضعيف السمع تميل إلى أن تكون قصيرة وموجزة وبسيطة .

كما يرتبط أيضا ببيئة الطفل التي تعتبر أحد العوامل المؤثرة في اكتساب الطفل للكلام فالأخطاء التي يقع فيها الوالدين كثيرة ومتكررة فمثلاً عندما يوجه إلى الطفل كلاما مجردا دون تحديد الأشياء الملموسة فإن ذلك يؤدى بالطفل إلى عدم الفهم أو يتكلم الوالدين مع الطفل بصورة خاطئة وسريعة وبألفاظ غامضة أو يستخدمون جملاً مركبة أو مفردات عامة غير مناسبة كل هذا من الممكن أن يؤدى بالطفل إلى عدم الفهم والتأخر اللغوي . (سورجو ، ١٩٩١ ، ١٠٠)

وأحيانا يكون التأخر اللغوي الناتج عن الإعاقة السمعية لدى الأطفال ذوى الحرمان البيئي حيث تكون الأسرة ليس لديها الخبرة بالتعامل مع هؤلاء الأطفال ولا بطريقة تدريبهم على النطق بالكلمات ثم الجمل البسيطة والمركبة بالإضافة إلى أن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين والمحيطين لعدم وجود حصيلة لغوية مما يؤدى إلى مشكلات اجتماعية وفكرية ووجدانية للطفل .

وسوف نستعرض العوامل المؤثرة في النمو اللغوي لدى طفل ما قبل المدرسة :

أولاً : القدرات العقلية

أثبتت كثير من الدراسات أن الذكاء له أثر واضح ودال على النمو اللغوي واتساع الحصيلة اللغوية وقدرة الطفل على استخدام الكلمات بمهارة وكذلك القدرة على فهم أحاديث الآخرين .

وأشارت نتائج كثير من الدراسات إلى أن نمو اللغة لدى الطفل يتأثر زيادة أو نقصانا بمستوى القدرة العقلية وأن هناك علاقة بين مستوى الذكاء والنشاط اللغوي من حيث التعبير والنطق بالكلمات والجمل والحصيلة اللغوية .

وتؤكد ليلى كرم الدين (١٩٩٣) أن اللغة تعتبر مظهر من مظاهر نمو القدرة العقلية بصفة عامة وأن الطفل الذكي يتكلم بشكل مبكر عن الطفل الأقل ذكاء هذا بالإضافة إلى أن هناك علاقة وطيدة بين الإعاقة العقلية وبين التأخر اللغوي .

ومما لا شك فيه أن الحصيلة اللغوية الثرية تزيد من قدرة الطفل على الكلام وعلى التكيف النفسي والاجتماعي السليم وكيفية مواجهة المشكلات الحياتية مما ينعكس على تنمية القدرات العقلية لدى الطفل والعكس صحيح تماما بالنسبة للطفل الذي لديه محصول لغوي ضعيف .

وفي هذا الصدد يؤكد جان بياجيه أن اللغة تنتج مباشرة من خلال نمو الطفل المعرفي وأن قدرته على التصور العقلي تبدأ في نهاية مرحلة النمو الحسي حركي لذلك تنبثق اللغة في هذه الفترة الزمنية (السنة الثانية من عمر الطفل)

وفي هذه المرحلة يدرك الطفل أن الأشياء الخارجية لها صفة الدوام والاستمرار كما تتكون لديه القدرة على استدخال العالم في نفسه ويبدأ الطفل في استخدام الرموز في تصور الأشياء غير الموجودة ولذا يؤكد بياجيه على أن اللغة تنمو مع نمو التفكير المنطقي فهناك علاقة وثيقة بين الفكر واللغة ، ولقد استطاع بياجيه أن يجب على التساؤلات التالية من خلال دراسة حول اللغة والفكر وهي :

- ما هي الحاجات التي يحاول الطفل تحقيقها عندما يتكلم ؟

- هل وظيفة اللغة لدى الطفل نفس وظيفتها لدى الراشد ؟

وأشارت نتائج الدراسات على حوالي (١٥٠٠) عبارة وردت في حديث الأطفال إلى أن نسبة الكلام المركزي الذاتي في لغة الطفل حتى سن السادسة ٤٥ ٪ ، ففي مرحلة ما قبل المفاهيم (٢ – ٤ سنة) يكرر الطفل الكلمات ويربط بين هذه الكلمات والأشياء والأفعال المحسوسة وكذلك المكاسب التي يحصل عليها الطفل ، كما يستخدم الطفل لغته لتوصيل خبراته للآخرين وفي هذه المرحلة يكون كلام الطفل متمركزاً حول الذات ومن ثم فهو لا يشعر بالحاجة للتأثير على المستمع .

أما في المرحلة المتقدمة وهي مرحلة التفكير الحدسي (٤ ، ٧ سنوات) فإن اللغة تستخدم لتحقيق وظائف معينة وهي :

١- استخدامها كأداة للتفكير الحدسي فهي تستخدم لتنعكس على الحدث وتبرزه في المستقبل والحديث مع النفس ظاهرة مألوفة في هذه المرحلة العمرية وتوصف بأنها التفكير بصوت عال .

٢- استخدام الكلام كوسيلة اتصال تتسم بالأنانية والتمركز حول الذات أي يتكلم الطفل بصرف النظر عن وجهة نظر الآخرين من حوله .

٣- استخدام اللغة كوسيلة للتواصل الاجتماعي أي للتكيف مع البيئة أي أن الكلام في نهاية هذه المرحلة يوجه إلى المستمع ويأخذ وجهة نظره في الاعتبار ويحاول التأثير عليه أو يتبادل الأفكار معه .(ليلي كرم الدين ، ١٩٩٢، ١٧٥)

ومع ذلك قد يرتبط التأخر اللغوي أيضاً ببيئة الطفل التي تعتبر أحد العوامل المؤثرة في اكتساب الطفل اللغة فالأخطاء التي يقع الآباء داخل الأسرة فيما يتعلق بالتربية اللغوية كثيرة ومتكررة حتى عندما يكونون مؤهلين لدورهم ومزودين بثقافة لا بأس بها .

فمثلاً قد يوجهون الطفل إلى كلاماً مجرداً دون تحديد الأشياء والأحداث الملموسة الأمر الذي يؤدي بالطفل إلى عدم الفهم أو يتكلمون مع الطفل بصورة خاطئة وسريعة وبألفاظ غامضة مستخدمين في ذلك جملاً مركبة أو مفردات عامة .

(صبرجو ، ١٩٩١ : ١٠٠)

من خلال الدراسات التي أجريت في هذا المجال وكما سبق القول وجد أن النمو العقلي الجيد يصحبه محصول لغويا أفضل والعكس صحيح وقد نجد بعض المعوقين بصريا أسرع في النمو اللغوي بالمقارنة بالأطفال العاديين خاصة إذا وجد من يرعى ويهتم بهؤلاء المعوقين ويوجههم ولأن الصلة الوحيدة التي تربط هؤلاء الأطفال بالعالم الخارجي هي اللغة التي يتديرون أمرها بعمليات التفكير ، كما وجد العلماء أن هنالك قدرة عقلية لفظية وأن هذه القدرة تمثل أساليب النشاط اللغوي (الشفوي والكتابي) والطفل قادر على ممارسة الأنشطة اللغوية من حيث استعمال الكلمة بطريقة صحيحة وفهمها وسماعها ونطقها مع ملاحظة أن الكلمة المقروءة عن طريق الإدراك البصري يتأخر ظهورها لدى الطفل وذلك لأنه يتكلم الكلام في البداية عن طريق السمع .

كما تمثل هذه القدرة التراكيب اللغوية وعامل الإدراك (الفهم) وعامل الطلاقة اللغوية والسهولة في الاستخدام اللغوي .

ثانياً : العوامل البيولوجية

توصل بعض العلماء والدارسين في هذا المجال إلى وجود علاقة ارتباطيه بين نشاط السلوك الحركي والنمو اللغوي للطفل وأن التأخر في النمو الحركي قد يؤثر على النمو اللغوي مثلما يحدث في إصابات النصفين الكرويين للمخ وكذلك الأسباب العضوية للحبسة الكلامية Aphasia ، وسوف نوضح هذه العلاقة في الشكل رقم (٩) .

الشكل (٦)

السن	النمو الحركي	النمو اللغوي
١٢ أسبوع	يرفع رأسه عند النوم على البطن	الابتسام للحديث ويحدث بعض الأصوات
١٦ أسبوع	يجلس مستندا ويمسك اللعبة	الالتفات عندما يكلمه أحد ويصدر أصوات مشابهة لحروف الهجاء
٦ شهور	يمد يده ليأخذ اللعبة	مناغاة تشبه المقاطع اللغوية
٨ شهور	يقف مستندا على الأشياء	ترديد بعض المقاطع اللغوية
١٠ شهور	يمشي مستندا على الأشياء	تمييز كلمات الكبار
١٢ شهر	يمشي بمساعدة	فهم بعض الكلمات ونطق كلمة بابا و ماما
١٨ شهر	يمسك ويصعد السلم زاحفا	نطق من ٣ — ٥ كلمات منفردة
٢٤ شهر	يجري ويصعد السلم دون زحف	نطق الكلمتين معا
٣٠شهر	يمشي على أطراف الأصابع	نطق العبارة المكونة من ٢ — ٥ كلمات
٣ سنوات	يركب دراجة صغيرة	نطق حوالي ١٠٠٠ كلمة
٤ سنوات	ينط الحبل	لغة واضحة

ثالثاً : العوامل البيئية

الحياة الاجتماعية التي يحياها الطفل ونوع المثيرات البيئية والأفراد الذين يتعامل معهم ككل هذا يؤثر تأثيراً ملحوظاً في النمو اللغوي للطفل فالأسرة تحتفظ بالصدارة في مجال تربية الطفل اللغوية ففي المنزل يعيش الطفل في كنف الأسرة ويكون تعبيره عن نفسه تعبيرا أساسيا إذ أن نشاطه الكلامي ينمو سريعا أكثر من أي مكان آخر .

والأسرة كما نعلم هي أولى المؤسسات الاجتماعية القائمة على عملية التنشئة الاجتماعية ولذلك يوليها علماء النفس أهمية خاصة وهي الوعاء التربوي الذي تتشكل فيه شخصية الطفل نتيجة لاتصاله بأفراد الأسرة خاصة إذا تم إشباع حاجاته النفسية للحب والتقبل ومنح الحرية والاستقلال مع الابتعاد عن أساليب الرفض والقسوة والتسلط وهذا من شأنه أن يساعد الطفل على اكتساب أنماط سلوكية مرغوبة تجعله قادراً على التوافق مع نفسه ومع الآخرين . (فيولا الببلاوي ، ١٩٨٧)

الطفل يستجيب منذ وقت مبكر لصوت الوالدين خاصة الأم ، فالأم هي مصدر لإشباع حاجات الطفل البيولوجية والنفسية ولذلك يصبح صوتها جزءا أساسياً من خبراته فهو يشعر بالراحة لمجرد سماع صوت الأم ويبتسم بحركات جسمية تعبيرا عما يشعر به من سعادة ، ولا يقتصر الأمر على الحديث من جانب الطفل بل لابد من التفاعل الاجتماعي بينه وبين الوالدين حيث أن الطفل يقضي ٦ سنوات من عمره في علاقة حميمة مع أفراد الأسرة خاصة الوالدين هذا يسهم إلى حد كبير في تشكيل شخصية الطفل وبالتالي لا يستطيع الطفل اكتساب حصيلة لغوية استقبالية وتعبيرية إلا إذا سمعها .

والأم حين تتكلم مع الطفل أو تغني له ويتكرر سماع الطفل لهذه الكلمات تصبح هذه الكلمات جزء من محصوله اللغوي ثم يبدأ الطفل في ترديد هذه الكلمات ليستثير الجهاز السمعي لديه والأعصاب المختصة بمجال الكلام .

والطفل عند ميلاده لا يعي نفسه كمخلوق منفصل عما حوله من مكونات البيئة ويكون كل ما يدركه هو الشعور بالتعب أو الراحة ، ويغضب الوليد عندما يشعر بالتعب ويظل هكذا حتى تزول الحالة ومع نموه الفكري واللغوي يكتسب الطفل القدرة على معرفة نفسه وتمييزها وسط مكونات البيئة وبالتالي التعبير عنها بالكلمات .

وفي دراسة SIMAN (1982) بهدف الكشف عن العلاقة بين عدم قدرة الطفل المتأخر لغوياً على التفاعل مع الآخرين . فلقد حاول الباحث في برنامجه العلاجي للتأخر الكلامي الجمع بين الأم والطفل مع تقديم إرشادات للأم لكيفية التعامل مع الطفل في المنزل مما أدى إلى تحسن كبير في التعبير اللفظي والقدرة على التواصل مع الآخرين ونمو مفهوم إيجابي عن الذات .

ولقد أشارت كثير من الدراسات في هذا المجال إلى الطريقة التي يخاطب بها الوالدين الطفل وأثرها على النمو اللغوي حيث وجد أن الطفل في مراحله الأولى من العمر يميل إلى تقليد كلام الآخرين من حوله سواء كان جيداً أم رديئاً لذلك يجب أن تقدم له النماذج اللفظية السليمة وأن لا يقلد الوالدين أو المحيطين بالطفل الكلام المعيب الذي يصدر عنه ولا يستخدموه في حديثهم مع الأطفال فالنمو اللفظي السليم يتقدم حين تتاح للطفل فرص التفاعل مع الأشخاص الآخرين (الوالدين ، الأخوة ، الرفاق) مع الإجابة على أسئلة الطفل بأسلوب سليم لكي يكون باستطاعته تفهم اللغة والتعرف على كيفية التعبير السليم عن مشاعره وأفكاره دونما خوف أو كف من الآخرين .

وفي هذا الصدد أشارت بعض الدراسات إلى أهمية التفاعل لوالدي مع الأبناء وأثرها على النمو اللغوي لديهم وأن الأطفال ذوي النطق السليم يميلون للحديث مع الأم التي كانت قادرة على التفاعل اللفظي مع الأبناء . (STEIN, 1976) .

و يؤكد Jones (1985) أن النماذج اللغوية التي يتعرض لها الطفل في الأسرة دوراً أساسياً في اكتساب الطفل للحصيلة اللغوية ويتضح ذلك من خلال استخدام التقليد والتكرار لكل كلمة سليمة لفظيا تصدر عن الطفل والتدعيم والإثابة

الذي يقدمه الوالدين مما يساعد الطفل على التعرف على الأشياء المحيطة به واكتساب لهجة المحيطين به .

وبذلك نجد أن اللغة عبارة عن أنماط لغوية تحتاج إلى مران وتدريب سليم فالطفل يولد ولديه إمكانات صوتية واسعة ولكن هذه الإمكانات تحتاج إلى الاستماع إلى الأصوات وأحداثها على الوجه الصحيح المتعارف عليه في بيئة الطفل والنطق بالكلمات نطقا سليما مع إسناد الصوت (معنى الكلمة) إلى الرمز المطبوع .

رابعاً : العوامل الاجتماعية والثقافية للأسرة

اختلاف العناصر البيئية يؤدى إلى تنوع للقدرات اللغوية المرتبطة بها لذلك تختلف اللغات بعضها عن البعض تبعا لنوع البيئة ، هذا بالإضافة إلى أن الطبقات الاجتماعية تؤدى إلى التباين في القدرات اللغوية ، والطفل الذي ينتمي إلى طبقة اجتماعية تعانى من نقص في الخبرات المادية هذا الطفل غالبا ما يعانى من نقص في الخبرات اللغوية مما يؤدى إلى العجز وعدم الاستفادة من أي مثيرات جديدة .

ولقد أظهرت نتائج الدراسات أن الانتماء إلى طبقات اجتماعية واقتصادية مختلفة يؤدى إلى التباين في القدرات اللغوية لدى الأطفال فلقد لوحظ أن أبناء الطبقات المتدنية ثقافيا يستخدمون ما يسمى بالشفرة المتحددة **Rescnted Code** وهي تعنى أن أنماط التواصل اللغوي له اتجاه واحد لا يشجع على تبادل الحديث كأن يسأل الطفل أسئلة محددة أجابتها تتلخص في " نعم " " لا " أو يعطى أوامر لفعل شئ معين دون توضيح أسباب هذه الأوامر أما بالنسبة للطبقات الوسطى فنجد أن الأم تتحدث إلى أطفالها وتعطى لهم الفرصة لاستكمال الحديث والاستفسار عن الأشياء وهذا النمط يطلق عليه الشفرة المتحررة **Elaborated Code** .

أما بالنسبة لتدني للمستوى الثقافي للأسرة وما يترتب عليه من آثار فتتبلور في النقاط التالية :

- غياب النماذج اللغوية السليمة وتدخل اللهجات العامة .
- نقص المثيرات الصوتية في مرحلة الطفولة المبكرة .
- التناقص في صيغ المدخلات اللغوية بين المنزل والبيئة الخارجية .
- نقص التفاعل اللغوي مع الوالدين في سنوات عمر الطفل الأولى .
- عدم مشاركة المحيطين بالطفل بالارتقاء بالمستوى اللغوي لديه .

وبذلك نجد أن ارتفاع المستوى الثقافي للأسرة وارتفاع نسبة الذكاء العام للطفل بالإضافة إلى تشجيع الكبار للطفل يؤثر على النمو اللغوي حيث أن الطفل يميل إلى التعبير بالجملة البسيطة ثم تنمو اللغة وتتدرج من البساطة إلى التعقيد ومن المبهم إلى الكلام المحدد والدقيق

وهناك بعض العوامل التي تعرقل النمو اللغوي بصورة جيدة منها :

١- الضغط والاجبار في تعلم اللغة مما يؤدى إلى عيوب الكلام وظهور اللجلجة والحركات التشنجية في الكلام .

٢- الحرمان من التشجيع وعدم توفير الحافز

٣- ضآلة اكتساب الخبرات الجديدة .

4- التدليل الزائد يجعل الطفل متشبعا بطفولته وبالتالي يحاول التأخر في الكلام أو يظهر بصورة غير سليمة .

ضعف السمع وأثره على النمو اللغوي لدى الطفل :

السمع يلعب دورا كبيرا في تعلم الطفل للكلام وفي زيادة نمو الحصيلة اللغوية وذلك من خلال ما يتعرض له الطفل من مثيرات سمعية تساهم في تشكيل الأداء اللغوي ، ولذلك فالضعف السمعي له تأثير واضح على نواحي الاتصال خاصة إذا كانت الإصابة في سن مبكرة من حياة الطفل .

ويشير محمد قطبي (١٩٨٠) إلى ان الطفل الذي يعاني من ضعف سمعي شديد ومبكر لا يتكلم الكلام إلا إذا أعطى تدريبات خاصة في المراحل المبكرة من حياته ، كما أن لغة الطفل ضعيف السمع تميل إلى أن تكون قصيرة وموجزة وبسيطة وذلك لعزوفه عن الحوار الذي يكشف عيبه الكلامي وعدم القدر ة على التواصل اللفظي مع الآخرين .

الكلام او اللغة يتشكل في صورة أصوات وهذه الأصوات السمعية يتم التعرف عليها عن طريق الخصائص المميزة لكل صوت فقد يكون الصوت مجهوراً أو مهموساً او دوريا أو انفجاريا إلى غير ذلك من المميزات الصوتية وهنا تبرز اهمية تقديم خدمات وبرامج لرعاية المعاقين سمعياً حتى يمكن الاستفادة من الفرص المتاحة امامه للاندماج مع الآخرين في المجتمع والحياة العامة .

ولقد أشارت الدراسات إلى ان تقديم البرامج التخاطبية للأطفال ضعاف السمع يساعد على تحسين اللغة بنسبة ٩٢ ٪ بالنسبة للأطفال الذين لا يسمعون ولا يكون بإمكانهم اكتساب الكلمات المنطوقة بل تساعد هذه البرامج على اكتساب مهارات الغناء . (Karen, et al. 1981)

علاج التأخر الكلامي

وسوف نحاول إلقاء الضوء على بعض التدريبات العلاجية التي تساعد الأطفال الذين يعانون من التأخر اللغوي الناتج عن الحرمان البيئي والذين لا يعانون من اي إعاقة سمعية او عقلية لكن البيئة غير منبهة بمعنى أن الوالدين غير مدركين لأهمية الاتصال الصوتي والكلامي مع الطفل منذ الصغر وبالتالي فهو يتبعون اساليب معطلة للنمو اللغوي وهم غير قادرين على تطوير المهارات اللغوية لدى الطفل لانشغالهم عنه

أو تركه لبعض الأقارب أو الخادمات في مرحلة ما قبل المدرسة وذلك بعد الإطلاع على الأطر النظرية التي تناولت هذا الموضوع مثل .

(Karnes, et al., 1970 ; Tyleraand Wilson, 1976) - مركز الاتصال الشامل (١٩٨٧)

وذلك بهدف إكساب الطفل المتأخر لغويا حصيلة لغوية استقبالية Vocabulary Receptive وتعبيريه Expressive وذلك من خلال تقديم مفاهيم لغوية يستجيب لها الطفل الاستجابة الصحيحة بالفهم والتعبير اللفظي السليم مثل تنمية الجملة البسيطة والطويلة وفهم للفرد والجمع واستخدام الضمائر الشخصية ، وتتكون الخطة العلاجية من الخطوات التالية :

أولاً : التهيئة النفسية للطفل

تبدأ المساعدة النفسية بإيجاد حوافز لدى الطفل أو تعزيزات عن طريق وضعه في وسط لغوي مكثف وجذاب مثل الألعاب والأدوات التي تتيح فرصة مناسبة للكلام في جو من التفاعل المشبع .

ثانيا : التدريب الفسيولوجي لأعضاء الكلام .

- اكساب الطفل الكيفية السليمة للتحكم في إيقاع الشهيق الإرادي (نفخ الصدر) والزفير الإرادي (زفر الهواء مع احداث الصوت) وذلك من خلال ملاحظة المعالج وهو يقوم بعملية الشهيق والزفير الإرادي ومن ثم تدريب الطفل على هذه العملية .
- تدريب للفكين والشفتين عن طريق النفخ لتحريك ريشه او ورق على الطاولة او نفخ فقاعات الصابون .
- تدريبات اللسان : التحكم في حركات اللسان يتحقق بالاستعانة بأداة خاصة (ملعقه) تستخدم لتنفيذ الحركة المطلوبة مثل
  - إخراج اللسان وسحبه للداخل .
  - تحريك اللسان من جانب إلى آخر .
  - رفع الجزء الخلفي منه .
  - رفع الجزء الأمامي منه ووصفه في مواضع محددة .
  - تدريب الطفل على لعق ظهر الملعقة .

- تدريب الطفل على لعق قطرات من العسل أو المربى .
- إذا كان لعاب الطفل يسيل باستمرار أثناء الكلام فيجب تدريبه على البلع قبل بداية الكلام .

ثالثاً : التدريب الحركي لعضلات الطفل :

تقديم مجموعة من الأنشطة والألعاب الحركية (القفز ، الوثب ، التصفيق ، اللعب بالمكعبات) التي يمارس فيها الأطفال السلوك الاجتماعي السليم وهذه الأنشطة تهدف إلى ما يلي :-

- مساعدة الطفل على تركيز الانتباه .
- تنمية مهارة التقليد .
- تنمية المدركات العقلية للطفل والتي من خلالها يستطيع تنمية المهارات اللغوية (الفهم ، الربط ، التسمية ، الألوان) .
- تفريغ الطاقة الكامنة للأطفال .
- تنمية التواصل الاجتماعي من خلال الاندماج والتفاعل مع الأطفال الآخرين أثناء هذه النوعية من الأنشطة .
- تنمية بعض المفاهيم اللغوية والمعرفية اللازمة لعملية التواصل اللغوي بين الأطفال .
- ممارسة السلوك الاجتماعي السليم مثل التعاون وطاعة الأوامر .
- تنمية عضلات الطفل الكبرى والصغرى والتي لها صلة وثيقة في إعداد الطفل للكتابة .

رابعاً : إكساب الطفل مضمون لغوى لتنمية قدرته على فهم واستخدام الأشياء المحيطة به بالاستجابة الصحيحة للتعليمات الصادرة له من الآخرين من خلال التعبير عنها لفظياً من خلال التعرف على الحيوانات ، الملابس ، الطيور ، الأدوات .

ويقوم المعالج بتعريف الطفل بأسماء الشيء المعنى بالتعليم وتشجيعه على النطق بالكلمة وذلك بعد تقديمها مجسمة أو مصورة فمثلاً يقول :

حذاء البسه ثم يشير إلى ارتداء الحذاء – حذاء ولد صغير ثم يشير إلى حذاء أحد الأطفال .

ثم يقوم المعالج بمناقشة الطفل في الزي الذي يرتديه ويعرض عليه صور لملابس أخرى منها ما يخص الذكور أو الإناث وكذلك بالنسبة لصور الحيوانات والطيور . . . الخ

خامساً : تنمية قدرة الطفل على التمييز بين الألوان المختلفة والنطق بأسمائها

يقدم المعالج مجموعة من الأقلام الخشبية الملونة أو البطاقات الملونة للأطفال ويعرفهم ألوانها ثم يركز على أسماء الألوان و يعرض مجموعة من البطاقات الملونة على الأطفال ويطلب منهم التعرف على الألوان ثم يطلب المعالج من الأطفال النظر في الأشياء من حولهم للتعرف على اللون الأحمر مثلا أو الأخضر . . . الخ ، وتدريبهم على استخدام الألوان في تكوين بعض الصور .

سادساً : تنمية قدرة الطفل على الإدراك والتمييز السمعي عن طريق التدريب على تقليد أصوات الحيوانات والطيور وذلك من خلال سماعة تسجيل لأصوات تلك الحيوانات والتعرف عليها والتمييز بينها دون أن يراها ثم يعرض عليه صورة الحيوان ويسأله مثلاً القطة بتقول إيه " العصفورة بتقـــول إيه " .

سابعاً : تنمية قدرة الطفل على فهم وتأدية الأوامر والتعبير عنها .

وهنا يقوم المعالج بإلقاء الأوامر القصيرة على الطفل ثم يتدرج من الأقصر إلى الأطول ومن الأسهل إلى الأصعب فمثلاً :

١- أعطيني الطبق .

٢- أعطيني الكوب الذي بداخله ملعقة .

٣- هات الكرة اللي تحت الكرسي . . . . الخ .

وهكذا يكرر المعالج هذا التمرين مع الطفل حتى يشعر بتمكنه من فهم الأوامر الصادرة إليه من الآخرين والاستجابة اليهم الاستجابة الصحيحة .

ثامناً : تنمية قدرة الطفل على فهم المفرد والجمع والتعبير عنها في المواقف المختلفة .

يبدأ المعالج بعرض كل موقف من المواقف التي تعبر عن المفرد والجمع وذلك من خلال عرض أدوات مجسمة ثم يقوم بعرضها كصورة مرسومة

مثلاً : يقدم للطفل قلم ويسأله :

انت معك كام قلم ، ثم يقدم مجموعة اقلام

ويسأله : قلم واحد ولا اقلام كثيرة او انت معك كام قلم ؟

تاسعاً : إثراء حصيلة الطفل اللغوية بجمل بسيطة والتعبير اللفظي عنها وذلك بالاستجابة إلى الآخرين استجابة لفظية مستخدما التراكيب اللغوية التي تساعد على اتصاله بالآخرين .

يقوم المعالج بتمثيل بعض المواقف التي تحدث في الحياة اليومية للطفل حيث يهدف هذا البعد إلى تنمية قدرة الطفل على النطق بجملة مكونه من كلمتين مستخدما نفس الكلمات التي يستعملها الآخرون في أحاديثهم مثل :-

انا اشرب　　　　يقوم المعالج بالشرب من الكوب

ولد يشرب　　　　يقوم أحد الأطفال بالشرب من الكوب

أنا اجلس / او انا اقف / او ولد يلعب/ او احمد يشرب وهكذا

ثم يحاول المعالج إشراك الأطفال في القيام بتقليد تلك الأفعال التي تمكنوا من الفهم لها والتعبير اللفظي عنها .

كما يمكن اضافه بعض الأنشطة المختلفة التي تساعد على تنمية الاتصال اللغوي بين الأطفال للمتاخرين لغويا مثل : -

- أنشطة تساعد على تنمية مهارة التعبير أو التحدث :

كل نشاط أو تدريب يعطي الطفل الحرية الكاملة في التعبير عن نفسه ، ومشاعره ، وحاجاته وأفكاره يساعد على تنمية هذه المهارة .

ويجب على الوالد أو المعالج أو من يرعى الطفل أن يترك للطفل فرصة كافية للتعبير عن كل ما يجول بخاطره ويعطيه الانتباه الكامل لكل ما يفعل أو يقول .

ومن هذه الأنشطة :

** حفظ الأغاني والأناشيد المصورة .

** البطاقات والكتب المصورة التي يتدرج استخدامها من الإشارة لشيء ثم يذكر اسمه إلى تسمية الأشياء التي وصفها والتعرف على استخداماتها .

** التمثيل .

** الغناء .

** التعبير الحر .

** اللعب الإيهامي والتخيلي .

- أنشطة تساعد تنمية مهارة التواصل اللغوي :

كل حوار يقوم به المعالج مع الطفل يتطلب قيامه بالإنصات أولا ثم الإجابة بعد ذلك ، حيث أن الإنصات يساعد على إكساب الطفل مهارة التواصل اللغوي مع غيره من الأطفال ، والأنشطة التي تنمي هذه المهارة ما يلي:

- لعبة التليفون

إما بين المعالج والطفل أو بين الأطفال بعضهم البعض .

- لعب التداعي الحر او الطلاقة

يقوم المعالج بذكر كلمة ويطلب من الطفل أن يذكر أكبر عدد ممكن من الكلمات التي يتذكرها عند سماع الكلمة الأولى .

- استخدام صيغة الجمع

يذكر الكلمة ويطلب من الطفل ذكر الكلمة التي تعبر عن معنى الجمع وقد يستعان بالمشاهدات لتسهيل ذلك .

- الأنشطة التي تساعد على إكساب المدلولات اللفظية (الكلمات والألفاظ) التي تعبر عن المفاهيم المناسبة للمرحلة .

من أهم المفاهيم التي تكتسب خلال مرحلة ما قبل المدرسة ويلزم إكساب المدلولات اللفظية الخاصة بها المفاهيم التالية :

** الأكبر – الأصغر – الأطول – الأقصر – الأخف – الأثقل .

** العلاقات المكانية (فوق – تحت – يمين – يسار – بعيد - قريب – داخل – خارج – وغيرها) .

** الألوان والأشكال والأحجام .

** المطابقة (واحد لواحد) .

** الترتيب المسلسل من الأصغر إلى الأكبر والعكس .

** التصنيف على أساس اللون والشكل والحجم .

هناك العديد من الأنشطة الهامة التي يمكن أن تنمي كل من هذه المفاهيم وتساعد على فهم واستخدام المدلولات اللفظية الخاصة بها .

- أنشطة اللعب الخيالي ،

اللعب الخيالي مع العرائس يساعد الطفل المتأخر لغويا على تكوين علاقة مع العروسة وعمل حوار معها ومن ثم تعلم بعض الكلمات كما أنها تنمي قدرة الطفل على التركيز والانتباه وتقليد ما تفعله العروسة .

- الأنشطة الفنية .

مثل تلوين بعض الصور أو الكروت أو الكور بألوان مختلفة حيث أن هذه الأنشطة تساعد على تنمية وتركيز الانتباه لدى الطفل .

- تنمية بعض المفاهيم المرتبطة بإدارك العلاقات المكانية مثل (فوق ، تحت ، شمال ، يمين . .) الخ
- تنمية بعض المفاهيم مثل الألوان ، الأشكال ، معرفة أسماء الأشكال .
- تنمية مهارات التواصل اللغوي بين الأطفال وبعضهم البعض والفهم والتقليد والتعرف على الأشياء . . .الخ

- القصص الوصفية

تحتوى هذه القصص على جمل لا تزيد عن أربعة جمل وتشتمل على وصف الأشياء التي تتكون منها عناصر القصة وقد يشارك بعض الأطفال المدرب في سرد بعض كلمات من القصة .

مثل البيت أبيض ، الباب أحمر ، القطة على السطح ، هناك كلب أسود ، وأيضاً يساعد هذا النشاط على تنمية بعض المفاهيم لدى الطفل مثل الألوان والتعرف على أسماء الحيوانات والأشكال كما يعمل على تنمية قدرة الطفل على الانتباه والتركيز .

ومن الأفضل أن يركز المدرب على استراتيجية التعزيز الاجتماعي الموجب لما لها من أهمية في تشكيل سلوك الطفل خاصة عندما يقدم الطفل سلوكاً معيناً ثم يحصل على إثابة على هذا السلوك فإنه يميل إلى تكراره فالأساليب السلوكية

الخاصة بالتحفيز والتشجيع والإثابة غالباً ما تكون مؤثرة وفعالة في إثراء المهارات اللغوية ولكن يجب أن يضع في الاعتبار أن التقدم يكون بطيئاً في المراحل الأولى ويحتاج إلى مجهود من جانب المدرب ولذلك فإنه بإمكانه التأثير على سلوك الطفل المتأخر لغويا عن طريق إثابته على بعض الأشكال المعينة من السلوك التي يرى ضرورة تشجيعها ومنها :-

١- الأشكال المختلفة للتعزيز الاجتماعي **Social Reinforcement** مثل الموافقة على الخروج للحديقة ، المدح والثناء من جانب المدرب ، التصفيق من جانب الأطفال الآخرين .

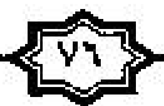
٢- التعزيزات المادية وتتمثل في تقديم قطع الحلوى واللعب الصغيرة أو ما شابه .

كما يرى الدارسين في هذا المجال مراعاة بعض النقاط التالية في بنود البرامج التدريبية للأطفال المتأخرين لغويا .

١- استخدام أساليب وطرق تدريبية عند تقديم البرامج اللغوية العرقية للطفل في مرحلة ما قبل المدرسة خاصة الطفل المتأخر لغويا منها ، -

- أسلوب التكرار لكل كلمة أو جملة ينطق بها المدرب .
- التركيز على استخدام أسلوب التقليد والنمذجة والمحاكاة لما يفعله المدرب .
- استخدام أساليب التعزيز الموجبة (عبارات المدح) .
- الاهتمام بالأنشطة التمثيلية والأغاني والأناشيد والموسيقى .

أكدت نتائج البحوث التي تناولت برامج المتأخرين لغويا على أهمية استخدام أدوات مصورة ومثيرات بيئية منزلية لاكتساب المهارات اللغوية ولا ثراء الحصيلة اللغوية ، هذا بالإضافة إلى إطلاع الطفل على الكتب والقصص الملونة واستخدام الوسائل السمعية والبصرية بل والقيام بعمل رحلات إلى الحدائق وزيارة المكتبات لتشجيعه على الكلام . **(Obert et al., 1980)**



السمات والخصائص التي يجب توافرها في إخصائي التخاطب (المعالج) :

١- يجب ان يكون لديه الإحساس والتعاطف مع الطفل مع ملاحظة الاعتدال في كل هذه المشاعر والا يسرف في تعاطفه .

٢- يجب ان يكون مرناً حتى يستطيع ان يغير ملاحظته اثناء الجلسة اذا وجد ان الطريقة المتبعة غير مجدية مع الطفل .

٣- أن يكون صبوراً .

٤- أن يكون متفاعلاً مع الطفل .

٥- ان يكون لديه الثقة في الطفل .

٦- ان يتسم بروح الفكاهة مع الأطفال حتى يحبوه .

٧- ان يتسم بالإبداع اثناء الجلسات في الأدوات والوسائل .

٨- أن تكون افكاره ومفاهيمه واضحة ومؤهلاً للجلسات مع الأطفال

ثانياً - اضطرابات النطق : Articulation Disorders

تشير الدراسات في هذا المجال إلى أن اضطرابات النطق تعد حتى الآن أكثر أشكال اضطرابات الكلام شيوعا ومن ثم تكون الغالبية العظمى من حالات اضطرابات النطق التي يمكن أن نجدها في الفصول الدراسية ، ويسهل التعرف على هذه الاضطرابات سواء في المدرسة أو المنزل حيث يبدو كلام هؤلاء الأطفال غامضا وغير مفهوم .

و يعرف اضطراب النطق بأنه مشكلة أو صعوبة في إصدار الأصوات اللازمة للكلام بالطريقة الصحيحة ويمكن أن تحدث عيوب النطق في الحروف المتحركة أو الساكنة .

وسوف نحاول إلقاء الضوء على اضطرابات النطق التي يمكن تصنيفها إلى أربعة أنواع وهي :

أولاً : الحذف Omission

تبدو مشكلة حذف الأصوات اللغوية لدى الأطفال في مراحل العمر المبكرة حيث يحذف الطفل صوتا من الأصوات التي تتضمنها الكلمة وينطق جزء من الكلمة فقط، وأحيانا يكون الحذف لأصوات متعددة مما يؤدي إلى أن يصبح الكلام غير مفهوما حتى بالنسبة للأشخاص المحيطين بالطفل والذين يألفون الاستماع إليه .

كذلك تظهر هذه العيوب في نطق الحروف الساكنة التي تقع في نهاية الكلمة أكثر مما تظهر في الحروف الساكنة الموجودة في بداية الكلمة مثل (مدر) لكلمة مدرس أو (مرسة) لكلمة مدرسة .

وبسبب عملية الحذف هذه يكون هناك صعوبة في فهم كلام الطفل مما يؤدي إلى إرباكه وعدم القدرة عن التعبير عما يجول برأسه من أفكار وعدم القدرة على إيصال هذه الأفكار إلى الآخرين .

ثانيا : الإبدال Substitution

تشبه مشكلة الأبدال مشكلة الحذف من حيث حدوثها عند الأطفال صغار السن وتوجد هذه العيوب عندما يتم إصدار صوت غير مناسب بدلا من الصوت المرغوب فيه .

على سبيل المثال قد يستبدل الطفل حرف " س "بحرف " ش" او يستبدل حرف " ر " بحرف " ل" فيقول الطفل مثلاً " لاكب " لكلمة راكب "سمس " لكلمة شمس " فابت " لكلمة ثابت" تاعة " لكلمة ساعة " أتل " لكلمة أكل . . . وهكذا .

وغيرها من عمليات الإبدال المعروفة لدى الأطفال صغار السن ، والطفل هنا يكتسب مجموعة من الأصوات الساكنة اقل من تلك المكونة لنظام لغته الصوتى مما يدفعه للأبدال غير الثابت للتعبير عن نفسه .

وينتشر هذا الاضطراب لدى الأطفال في المراحل العمرية من ٥ – ٧ سنوات حيث تبدأ مرحلة تبديل الأسنان أو بسبب العوامل التالية

- عدم انتظام الأسنان من حيث الكبر والصغر و القرب أو البعد خاصة الأضراس الطاحنة أو الأسنان القاطعة
- الخوف الشديد أو الانفعال لدى الطفل
- عامل التقليد

والأطفال هناك لا يدركون بأن نطقهم يختلف عن نطق الآخرين ولكنهم يشعرون بالضيق عندما يجدون أن الآخرين لا يستطيعون فهم كلامهم .

ثالثا : التحريف Distortion

توجد أخطاء التحريف عندما يصدر الطفل الصوت بطريقة خاطئة إلا أن الصوت الجديد يظل قريبا من الصوت السليم أو الصحيح بمعنى إنه عبارة عن تحريف نطق الحروف أو نطقها بطريقة خاطئة لكن لا يصل التحريف إلى مستوى الخلط اي

أنه لا يزال يُسمع على أنه الحرف نفسه ويحدث هذا بسبب إزدواجية اللغة لدي الصغار أو بسبب طغيان لهجة على لهجة أخرى أو وجود شذوذ خلقي في الأسنان أو الشفاة .

ويتميز التحريف في النطق بالثبات والتكرار كما يكون منتشرا بين الأطفال الأكبر سنا وبين الراشدين أكثر مما ينتشر بين صغار الأطفال وأكثر الحروف تأثرا بهذه العيوب هي الحروف الساكنة والمتأخرة الاكتساب Lastaquired ، وقد يتأخر هؤلاء الأطفال عن اكتساب القراءة والكتابة مما يؤدى بهم على العزلة وبعض الاضطرابات السلوكية . (Espir and Guilford , 1983)

العوامل المسببة للاضطرابات النطق

في كثير من الحالات يكون من الصعب تحديد السبب الذي يكمن وراء اضطرابات النطق وذلك لتعدد الأسباب من ناحية ولتداخلها مع بعضها من ناحية أخرى وسوف نحاول إلقاء الضوء على بعض العوامل المؤدية للاضطرابات النطق وهى :

أولاً : تشوهات أعضاء النطق

تعتبر التشوهات التى تصيب أعضاء النطق والسمع من أهم العوامل المسببة للاضطرابات النطق مثل انحرافات التركيب الفمى " كعيوب الأسنان والشق الحلقى " والشلل الدماغى والإعاقة السمعية ومن التشوهات التى تصيب أعضاء النطق المؤدية لهذا الاضطراب ما يلى :

أ- بنية الأسنان غير الطبيعية

الأسنان من الأعضاء الهامة والمسئولة عن إخراج الأصوات اللغوية بطريقة سليمة لذا فالأسنان الصحيحة التركيب تعتبر ضرورة ملحة ليس فقط لأضفاء صفة الجمال على الإنسان بل أيضاً ضرورية لأخراج بعض الأصوات اللغوية بطريقة سليمة وذلك لأن مسئولية إصدار الأصوات اللغوية مسئولية مشتركة بين الأسنان وأعضاء النطق الأخرى كالشفاة واللسان والشفة ويتضح ذلك في الأمثلة التالية :

- إصدار صوت الفاء (ف) عن طريق اتصال الشفة السفلي بالأسنان .
- إصدار صوت الثاء (ث) والذال (ذ) طرف اللسان بين الأسنان العليا والسفلي .
- كذلك تشترك الأسنان مع الشفتين في إصدار صوت السين (س) والشين (ش) والصاد (ص) حيث تحتاج هذه الأصوات إلى فتحات بين الأسنان سليمة وغير مشوهة .

ب- شق الحلق

يعتبر سقف الحلق من أعضاء النطق الهامة في إخراج بعض الأصوات اللغوية وذلك لأن هناك بعض الأصوات تنطق بشكل سليم عندما يتم اتصال اللسان بسقف الحلق .

إما إذا كان سقف الحلق عاليا او ضيقاً يؤدى ذلك إلى صعوبة اتصال اللسان به وبالتالي يصبح نطق بعض الأصوات اللغوية غير طبيعي .

حـ- عضو اللسان

أحيانا يكون القصور في عضو اللسان عندما يكون حجمه غير طبيعي مقارنة بالأسنان وسقف الحلق مما يضيق حركته اللازمة والسرعة المطلوبة لإخراج الأصوات بالشكل السليم .

أو يكون هناك ضعف في التنسيق الحركي بين اعضاء النطق الناتج عن شلل بسيط باللسان فلا يستطيع الحركة تجاه الأسنان وسقف الحلق واصول الثنايا بشكل سهل وآلي وسهولة ويصعب على الفرد ثنى اللسان لتوجيه الهواء اللازم لإخراج الأصوات اللغوية المختلفة مثل حروف السين والشين والصاد .... الخ

وأحيانا اخرى يكون قصور اللسان فيما يسمى عقدة اللسان Tongue-tie ويتمثل هنا في قصر الحبل الذي يربط طرف اللسان بأسفله أو تدخله باللسان وقربه

من الطرف مما يعرقل الحركة الانسيابية للسان ويؤدى الى صعوبة في نطق بعض الأصوات اللغوية .   (فتحى السيد عبد الرحيم ، ١٩٩٠ ، ٦٧ ، ٦٨)

ثانياً : الإعاقة السمعية

عملية الكلام لدى الطفل عملية مكتسبة تعتمد اعتماداً كبيراً على التقليد والمحاكاة الصوتية إذ انها ذات اساس حركي وآخر حاسى فهي تبدأ بإصدار أصوات لا ارادية (مظهر حركي) ثم تكتسب بعد ذلك دلالات معينة نتيجة لنمو الحركات الحاسية والسمعية والبصرية (مظهر حاسى) وبالتالي لا يمكن لكلام الطفل أن يستقيم ما لم يكن هناك توافقا بين المظهرين الحركي والحاسى .

ويتعلم الطفل أن الكلام واللغة وسيلة للتفاهم والتعبير عن الأفكار وبث المشاعر والأحاسيس بين الأفراد من خلال عمليات التحدث والاستماع والمناقشة وبذلك يتشكل إدراك ووعي الطفل بالعالم من حوله من خلال نموه اللغوي ، وبدون حاسة السمع لا يشعر الطفل بالأصوات والألفاظ وينعدم تفهمه للكلام واللغة ومن ثم لا يمكنه تقليدها .

ولذلك فإن أخطر ما يترتب على الإعاقة السمعية هو عدم استطاعه الطفل المشاركة الإيجابية في عمليات اكتساب اللغة اللفظية فلا يستطيع بناء الأساس اللازم لتنمية لغته وتطوير إدراكه ووعيه بالعالم الخارجى المحيط به .

(عبد المطلب القريطى ، ٢٠٠١ ، ١٣٦)

والطفل المعاق سمعيا يعانى من صعوبات أو تشوهات نطقية نتيجة لافتقاده العوامل السمعية التالية :

أ- تمييز الأصوات

إن تمييز الأصوات اللغوية مرتبط ارتباطا وثيقا بالعوامل السمعية فالطفل الذي يعانى من ضعف سمعي يجد صعوبة في تمييز الأصوات المتقاربة وبالتالي يفتقد القدرة على النطق السليم .

وفي هذا الصدد اهتمت بعض الدراسات بالمهارات الإدراكية السمعية كأسباب رئيسية لاضطرابات النطق حيث أشارت نتائج تلك الدراسات إلى إن التمييز السمعي Discrimination يرتبط بوضوح بالنطق خاصة عندما يكون المطلوب أداؤه يتضمن احكاما تميزيه للأصوات .

ب- تمييز درجة النغم

ولقد اشارت الدراسات التي اجريت حول العلاقة بين تمييز درجة النغم وصعوبات النطق إلى ان الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق اقل قدرة على تمييز الأصوات المتصلة بدرجة النغم .

كما أشار (فارس موسى، ١٩٨٧ : ٧٠ ، ٧٢) إلى ان هناك عوامل وأسباب خارجية تلعب دورا اساسيا في عملية النطق غير السليم مثل المناخ الدراسي غير السليم للنمو اللغوي لدى الطفل سواء في المنزل او المدرسة الذي قد يكون سبباً من أسباب الصعوبة التي يواجهها الطفل في نطقه للأصوات اللغوية ، ومن العوامل التي غالبا ما تؤدي إلى اضطرابات النطق لدى الأطفال ما يلي :

١- تعرض الطفل لنماذج النطق المشوه مما يؤدى بالتالي الى تقليدها حيث يسمع الطفل تلك النماذج بشكل متكرر من أحد افراد العائلة أو من أقرانه في جماعة اللعب حيث تصبح تلك الأصوات الخاطئة جزءاً من نظامه الصوتي العام فقط ينطق أحد افراد العائلة صوتا مثل صوت اللام (ل) بدلا من صوت الراء (ر) وعندما يسمع الطفل هذا الإبدال بشكل متكرر يتعلمه كنمط من انماط كلامه واحيانا أخرى يحاكى احد الأفراد المحيطين بالطفل طريقة كلامه للعيب في سنوات عمره الأولى مما يرسخ في ذهن الطفل ان ما يسمعه من الكبار هو ذلك النطق الصحيح .

٢- عدم وجود الحوافز والدوافع لتغيير نطق الطفل غير السليم حيث يعتبر البعض أن التشجيع من الوالدين للتعبير عما يجول في خاطر الطفل من اهم العوامل التي تلعب دورا أساسيا في الاكتساب السوى للغة نطقا وتعبيرا حيث ان

الأطفال في مرحلة الحضانة او مرحلة اكتساب اللغة يميلون للتعبير عن انفسهم بكلمات قليلة ، او حتى بالإشارة فإذا استجاب الوالدين لهذا بطريقة فورية قد يسبب ذلك عدم التمرن على النطق بطريقة سليمة وواضحة .

كما ان الطفل الذي لا يجد الحافز والعناية لدفعة ولتعديل نطقه للأصوات اللغوية يصبح من الصعب تغيير نطقه بعد ان تكون النماذج الخاطئة للنطق قد ترسخت واصبحت النمط المهيمن على نطق الطفل .

ويؤكد (1985) , Jones ان النماذج اللغوية التي يتعرض لها الطفل في الأسرة تلعب دورا أساسيا في اكتسابه للحصيلة اللغوية فاستخدام التقليد والتكرار لكل كلمة تصدر عن الطفل والتدعيم والإثابة الذي يقدمه الوالدين يساعد الطفل على التعرف على الأشياء المحيطة حيث يقلد الطفل ما يسمعه كما يكتسبه من لهجة المحيطين به .

٣- عدم وجود الاهتمام العاطفي الكافي من أحد الوالدين أو كليهما يؤدى بالطفل الى الميل للانعزال والإحباط او الشعور بعدم الأمان مما كان له الأثر الأكبر في مشكلات النطق لدى الأطفال ويعزو هذا إلى ان جو المنزل غير المريح أو إهمال الوالدين هي الأسباب ذات العلاقة الوثيقة بمشكلات النطق لدى الأطفال .

علاج اضطرابات النطق

لإجراء معالجة المشاكل الخاصة باضطرابات النطق لابد من وصف دقيق للمشكلة التي يعاني منها الطفل ومعرفة العوامل الأساسية المسببة لهذه الاضطرابات لاكتشاف الجوانب التي يمكن ان تكون قد ساهمت في وجود المشكلة . . . ومن ثم تم عمل برنامج تدريبي يكون الهدف منه تدريب الطفل على إصدار الأصوات الخاطئة بطريقة صحيحة وذلك بعد الاطلاع على الأطر النظرية التي تناولت موضوع اضطرابات النطق وكيفية علاجها ومدها .

فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩٠) ، فارس موسى مطلب (١٩٨٧) (Curtis , (1967

وتتكون الخطة العلاجية من الخطوات التالية :

أولاً - علاج الجوانب العضوية :

- إجراء فحص للفم لمعرفة فيما إذا كانت الأسنان أو الحلق أو أية أعضاء نطقية أخرى مصدراً لهذه الاضطرابات وذلك لأخذها في الاعتبار عند إجراء التدريبات اللازمة للعلاج .
- إجراء الجراحات اللازمة لتخفيف العوامل العضوية المسببة لاضطراب النطق مثل تقويم الأسنان المتباعدة أو تعديل الفك في الوضع الصحيح لكي تتطابق الأسنان أو إجراء الجراحات الخاصة باللسان أو الشفاه والعيوب التكوينية في الحلق .
- تقديم العناية الطبية للالتهابات التي تصيب الأذن الوسطى والتي قد تسبب الفقدان الجزئي للسمع

ثانياً - يتكون البرنامج التدريبي عادة من عدة جلسات قد تكون فردية أو جماعية مع أخصائي عيوب النطق على أن يوضع في الاعتبار النقاط التالية :

- يتوقف عدد الأصوات التي يتدرب عليها الطفل على مدى استعداده للتدريب وقابليته للعلاج .
- زيادة دافعية الطفل للعلاج أثناء الجلسات العلاجية باستخدام المواد التي تناسب عمر الطفل الزمني كاللعب والصور والقصص المصورة .
- التركيز على استخدام أساليب التقليد والممارسة والدافعية أثناء تطبيق الأسلوب العلاجي مع تطبيق أسلوب تعديل السلوك Behavior Modification بشكل خاص في علاج عيوب النطق .
- اختيار هدف محدد لعملية التعديل على سبيل المثال صوت حرف (ر) وتحديد مدى تكرار حدوث الخطأ قبل الجلسات العلاجية .

- العمل على استدعاء العديد من المواقف التي تعمل على زيادة تكرار ظهور الاستجابة الصحيحة مع التركيز على تقليل الاستجابة الخاطئة .
- توفير فرص تخرج عن نطاق الجلسات العلاجية لتعليم الاستجابة الصحيحة في البيئة الخارجية .
- الاتصال بوالدي الطفل الذي يعاني من اضطراب النطق وإطلاعهم على خطورة المشكلة على سلوك الطفل وشخصيته حيث يساعد هذا الاتصال على فهم المشكلة ولكي يساهموا في عملية العلاج في المنزل وذلك لأن تعليم النطق الصحيح في العيادة ما هو إلا مرحلة واحدة من مراحل العلاج ولا تكتمل هذه العملية إلا إذا تأسست العادات الصحيحة والدقيقة من خلال الكلام اليومي .

خطوات البرنامج التدريبي

أولاً- تدريب الأذن لتمكين الطفل من التمييز السمعي لكل الخصائص الصوتية عن طريق تحليل نماذج الكلمات التي تحتوي على الأخطاء في النطق وعزلها كوحدة صوتية ويتم من ذلك من خلال النقاط التالية :

- يقرأ المعالج الكلمات على مسمع الطفل بحيث تحتوي على الكلمات التي يصعب عليه نطقها ويطلب من الطفل أن يعطي إشارة عندما يتعرف على الصوت الصعب .
- خلط مجموعة من الصور والأشياء التي تحتوي على أسماؤها على الأصوات الصعبة وتلك التي تحتوي على الأصوات السهلة على أن يستطيع الطفل تصنيف هذه الصور في مجموعتين منفصلتين .

ثانياً - تعليم الطفل كيفية التعرف على الصوت الخطأ والصوت الصحيح وأن يكون قادراً على التمييز بينهما بسهولة ولتحقيق هذه الخطوة يجب اتباع الإجراءات التالية :

- يقرا المعالج قائمة من الكلمات على ان ينطق بعض الأصوات بصورة خاطئة ثم يطلب من الطفل ليصغي إليه بانتباه وأن يعطي إشارة عند سماعه للصوت الخاطئ .
- تسجيل قائمة من الكلمات بصوت الطفل بما فيها من الأصوات الخاطئة وتسجيل نفس القائمة بصوت المعالج بلفظها الصحيح وبعد الانتهاء يستمع إليها الطفل ويقارن نطقه بنطق المعالج .

ثالثاً - تعليم الطفل صوت جديد كجزء معزول في عملية تصحيح أخطاء النطق وكأنه وحدة قائمة بذاتها

وهذا يعني انه لابد من التأكد من أن الطفل ينطق الصوت بشكل صحيح قبل إدخاله في سياق سريع من الكلام المنفصل ويتم ذلك من خلال النقاط التالية :-

- اختيار هدف محدد لعملية التعديل (على سبيل المثال صوت حرف " ر" .
- تحديد مدى تكرار حدوث الخطأ قبل الجلسات العلاجية .
- تعليم النطق السليم للحرف من خلال استدعاء العديد من المواقف التي تعمل على زيادة تكرار ظهور الاستجابة الصحيحة مع التركيز على تقليل الاستجابات الخاطئة .

وبهذا يصبح الصوت الصحيح جزء من ذخيرة الفرد اللفظية ، فإن التدريب على ذلك الصوت بشكل معزول وفي مجموعات مقطعية بسيطة **Syllables** امر ضروري قبل الانتقال بهذا الصوت إلى الكلمات أو الجمل البسيطة .

رابعاً - تحضير قائمة من الكلمات التي تحتوي في تركيبها الصوت المراد تعديله في أول ووسط ونهاية الكلمة على أن تكون من الكلمات المألوفة للطفل ويتم اتباع الإجراءات التالية ،

- يقوم المعالج بنطق هذه الأصوات ثم يطلب من الطفل نطق الصوت كما هو مستعمل في كلمات في القائمة المذكورة .

- ينطق المعالج هذه الأصوات ثم يطلب من الطفل نطق الصوت كما هو مستعمل في كلمات القائمة المذكورة .
- عندما يتأكد المعالج من أن الطفل تمكن من نطق الصوت بطريقة سليمة في الكلمات المألوفة يبدأ في إضافة كلمات جديدة لقائمة التدريب ويشترط أن تكون من تلك الكلمات التي يحتاج الطفل إليها في حياته اليومية أي لا تكون ذات مدلولات معنوية يصعب على الطفل فهمها .

خامساً - التدريب على إصدار جمل أو أشباه جمل تعكس ما يستعمله الطفل في حياته اليومية .

- ينتقل المعالج إلى هذه المرحلة عندما يتمكن الطفل من النطق الصحيح للصوت الجديد في الكلمات المألوفة .
- يطلب المعالج من الطفل أن يتكلم عن بعض المواقف أو الوقائع الهامة التي سبق حدوثها في اليوم السابق في المدرسة أو في النادي أو في المنزل .
- يطلب المعالج من الوالدين خلق مواقف لغوية تشجع الطفل على الحديث معهم واستعمال بعض الكلمات التي يدخل في تركيبها الصوت الجديد .
- يقوم المعالج بتحضير بعض القصص القصيرة التي يجد فيها مادة تدريبية للصوت الجديد ثم يطرح بعض الأسئلة على الطفل حول القصة تستدعي الإجابات كلمات الصوت المراد تعليمه .
- إرشاد الوالدين لخلق مواقف لغوية لكي يتدرب الطفل على الصوت الجديد من خلال السماح له بمرافقتهم إلى السوق وإعطاؤه الفرصة للحديث مع صاحب المتجر ونطقه لقائمة المبيعات حيث يشكل ذلك مادة جيدة للتدريب والمعالجة والتشجيع على الكلام مع الآخرين .

ثالثاً : اضطرابات الصوت (Voice disorers (Disphonias

هي العيوب التي تصيب وظيفة الصوت وهذه الاضطرابات تلقى اهتماما بسبب ما يترتب عليها من مشكلات تتعلق بالاتصال الشخصي والتوافق النفسي لدى الفرد وما تؤدى إليه من الشعور بالنقص والدونية وهذه الاضطرابات ترجع إلى خلل في الميكانيزم الوظيفي للأحبال الصوتية وإلى الفتحة الصوتية (فتحة المزمار) التي يجب أن تكون ضيقة إلى - حد ما - حتى لا تسمح بهروب الهواء إلا تحت تأثير الضغط المناسب الذي يسمح بإطلاق الأصوات والكلمات بشكل طبيعي فمثلاً إذا كانت ضيقة جداً تعرقل اهتزاز الأحبال الصوتية وتؤدى إلى عدم توافق اهتزاز هذه الأحبال .

كما تعتبر إضطرابات الصوت Voice Disorders أقل شيوعاً من عيوب النطق ورغم هذه الحقيقة ، فإن إضطرابات الصوت تظل تلقي الاهتمام نظراً لما لها من أثر على أساليب الاتصال الشخصي المتبادل بين الأفراد من ناحية ، ولما يترتب عليها من مشكلات في التوافق – نتيجة لما يشعر به أصحابها من خجل من ناحية أخري .

لما كانت الأصوات تعكس خصائص فردية إلى حد بعيد ، لذا فإن التحديد الدقيق للمحكات المستخدمة في تشخيص حالات الإضطرابات الصوتية من الأمور الصعبة والمعقدة .

وتتأثر الخصائص الصوتية للفرد بعدد من العوامل من بينها جنس الفرد ، وعمره الزمني ، وتكوينه الجسمي ، كذلك فإن الأصوات عند الفرد الواحد تختلف باختلاف حالته المزاجية ، كما تتنوع بتنوع الأغراض من عملية التواصل ، في حين أن بعض الأصوات تتميز بأنها سارة ومريحة أكثر من غيرها ، فإن بعض الأصوات الأخرى يبدو أنها تجذب انتباه الآخرين إليها وتستثير من جانبهم أحكاما عليها بالانحراف والشذوذ هذه الخصائص الصوتية غير العادية (أي الشاذة) هي التي تدخل في نطاق إضطرابات الصوت .

-خصائص الصوت والإضطرابات المرتبطة بها :

توجد مجموعة من خصائص الصوت يجب الإلمام بها قبل محاولة التعرف على اضطرابات الصوت ، هذه الخصائص الصوتية والإضطرابات المرتبطة بها هي كما يلي :

١. طبقة الصوت Pitch

تشير طبقة الصوت إلى مدى ارتفاع صوت الفرد او انخفاضه بالنسبة للسلم الموسيقي حيث يعتاد بعض الأفراد استخدام مستوى لطبقة الصوت قد يكون شديد الارتفاع او بالغ الانخفاض بالنسبة لأعمارهم الزمنية او تكويناتهم الجسمية ، نجد امثلة لذلك في تلميذ للرحلة الثانوية الذي يتحدث بطبقة صوتية عالية ، او طفلة الصف الأول الابتدائي التي يبدو صوتها كما لو كان صادرا من قاع عميق هذه الانحرافات في طبقة الصوت لا تجلب انتباه الآخرين اليها فقط ، بل ربما ينتج عنها ايضاً أضرار في الميكانزم الصوتي الذي لا يستخدم في هذه الحالة استخداماً مناسباً ، تضم حالات اضطراب طبقة الصوت ايضاً الفواصل في الطبقة الصوتية Pitch breaks (التي تتمثل في التغيرات السريعة غير المضبوطة في طبقة الصوت اثناء الكلام) ، الصوت المرتعش (الاهتزازي) Shaky Voice والصوت الرتيب Monotone Voice (اي الصوت الذي يسير على وتيرة واحدة في جميع اشكال الكلام) .

٢. شدة الصوت Intensity

تشير الشدة إلى الارتفاع الشديد والنعومة في الصوت اثناء الحديث العادي فالأصوات يجب ان تكون على درجة كافية من الارتفاع من اجل تحقيق التواصل الفعال والمؤثر ، كما يجب أن تتضمن الأصوات تنوعاً في الارتفاع يتناسب مع المعاني التي يقصد المتحدث إليها وعلى ذلك فإن الأصوات التي تتميز بالارتفاع الشديد او النعومة البالغة تعكس عادات شاذة في الكلام او قد تعكس ما وراءها من ظروف جسمية كفقدان السمع أو بعض الإصابات النيرولوجية والعضلية في الحنجرة .

٢. نوعية الصوت Quality

تتعلق نوعية الصوت بتلك الخصائص الصوتية التي لا تدخل تحت طبقة الصوت أو شدة الصوت ، بمعنى آخر ، تلك الخصائص التي تعطي لصوت كل فرد طابعه المميز الخاص و يميل البعض إلى مناقشة مشكلات رنين الصوت ضمن مناقشتهم لنوعية الصوت ، إلا أننا نفضل مناقشة رنين الصوت والإضطرابات المرتبطة به منفصلاً عن نوعية الصوت واضطراباته .

تعتبر الانحرافات في نوعية الصوت ورنينه أكثر أنواع إضطربات الصوت شيوعاً ، اختلفت المسميات المصطلحات التي استخدمها أخصائيو عيوب الكلام لوصف وتمييز إضطرابات نوعية الصوت ، ورغم هذا الاختلاف يمكن تمييز أهم إضطرابات الصوت في الصوت الهامس breathiness والصوت الخشن الغليظ Harshness ، وبحة الصوت Hoarseness ويتميز الصوت الهامس بالضعف والتدفق المفرط للهواء وغالباً ما يبدو الصوت وكأنه نوع من الهمس الذي يكون مصحوباً في بعض الأحيان بتوقف كامل للصوت .

أما الصوت الغليظ الخشن ، فغالباً ما يكون صوت غي سار ويكون عاد مرتفعاً في شدته ومنخفضاً في طبقته ، إصدار الصوت في هذه الحالات غالباً ما يكون فجائياً ومصحوباً بالتوتر الزائد .

ويوصف الصوت المبحوح عادة على أنه خليط من النوعين السابقين (أي الهمس والخشونة معاً) في كثير من هذه الحالات يكون هذا الاضطراب عرضا من أعراض التهيج الذي يصيب الحنجرة نتيجة للصياح الشديد أو الإصابة بالبرد ، أو قد يكو عرضا من الأعراض المرضية في الحنجرة ، حيث يميل الصوت الذي يتميز بالبحة لأن يكون منخفضاً في الطبقة وصادراً من الثنيات الصوتية .

٤. رنين الصوت Resonance

يشير الرنين إلى تعديل الصوت في لتجويف الفمي والتجويف الأنفي أعلى الحنجرة ، وترتبط إضطرابات رنين الصوت عادة بدرجة انفتاح للمرات الأنفية ، عادة لا تتضمن اللغة سوى اصواتاً أنفية قليلة ، في للواقف العادية ينفصل التجويف الأنفي عن جهاز الكلام بفضل سقف الحلق الرخو أثناء اخراج الأصوات الأخرى غير الأنفية ، فإذ لم يكن التجويف الأنفي مغلقاً ، فإن صوت الفرد يتميز بطبيعة انفية (أي كما لو كان الشخص يتحدث من الأنف) ، وتعتبر الخمخمة (الخنف) والخمخمة المفرطة خصائص شائعة بين الأطفال المصابين بشق في سقف الحلق Cleft Palate ، تحدث الحالة العكسية عندما يظل تجويف الأنف مغلقاً في الوقت الذي كان يجب أن يكون فيه هذا التجويف مفتوحاً لاخراج الحروف الأنفية .

العوامل المسببة لإضطرابات الصوت :-

تعتبر الأسباب العضوية وغير العضوية التي تؤدي على الإضطابات الصوتية كثيرة ومتنوعة من بين الظروف العضوية التي تتعلق بالحنجرة والتي يمكن ان تسبب إضطرابات الصوت ، القرح ، والعدوى ، والشلل ، الذي يصيب الثنيات ، والشذوذ الولادى في تكوين الحنجرة ، الأشخاص المصابون بشق في سقف الحلق يواجهون عادة صعوبة في الفصل بين المرات الفمية والمرات الأنفية اثناء الكلام ، مما يجعل أصواتهم تغلب عليها الخمخمة الشديدة ، كذلك فإن الفقدان الواضح للسمع الذي يؤثر على قدرة الطفل على تغير طبقة الصوت وارتفاعه ونوعيته ، يمكن أن يكون بسبب أيضاً إضطرابات في الصوت ، على أن الانحرافات الصوتية المؤقتة مثل وجود فواصل في طبقة الصوت التي تصاحب تغير الصوت أثناء البلوغ وخاصة عند الذكور ، هذه الحالات لا تحتاج إلى علاج .

من ناحية اخري يمكن ان تنتج إضطرابات الصوت عن عوامل وظيفية وليست عضوية ، لاحظ " برون " (١٩٧١) ان معظم إضطرابات الصوت ترتبط بسوء استخدام الصوت أو الاستخدام الشاذ للصوت ، حيث يمكن ان يتخذ سوء استخدام

الصوت إشكالاً متعددة منها السرعة المفرطة في الكلام ، أو الكلام بمستوى غير طبيعي من طبقة الصوت ، أو الكلام بصوت مرتفع للغاية ، أو الكلام المصحوب بالتوتر الشديد ، هذه الأنماط الصوتية يمكن أن تؤدي إلى الاستخدام الزائد للميكانزم الصوتي ، وعندما يعتاد الفرد مثل هذا السلوك ، فإن ذلك يسبب ضرراً للحنجرة وقد يؤدي إلى بعض الانحرافات المرضية العضوية ، كذلك قد ترتبط إضطرابات الصوت عند الطفل بالعادات السيئة في التنفس .

كذلك تعتبر الإضطرابات السيكولوجية وعدم التوافق الانفعالي حالات يمكن أن تنعكس أيضاً في شكل إضطرابات في الصوت ، على أن إضطرابات الصوت التي ترجع إلى أصل سيكولوجي يبدو أنها أكثر شيوعاً عند الكبار منها عند الصغار .

(محمود حسن عثمان ، ١٩٩٩)

وسوف نستعرض في الصفحات التالية : بعض الإضطرابات الصوتية والأساليب العلاجية .

١- ارتفاع الصوت / انخفاض الصوت

الصوت المرتفع أكثر من اللازم هو صوت شديد ومزعج ويقصد بارتفاع الصوت أو انخفاضه بالنسبة للسلم الموسيقي ولطبقة الصوت ، فالصوت الطبيعي يجب أن يكون على درجة كافية من الارتفاع والشدة من أجل تحقيق التواصل المطلوب .

وترجع الأسباب إلى العوامل التالية :

١- بعض الإصابات التي تصيب الفرد مثل الأمراض الصدرية والرئوية .

- التهابات الحنجرة .
- ضعف السمع .
- الخوف للمرضى من الصوت المرتفع ذاته ويضطر المريض إلى الكلام بصوت مرتفع بشعوره بألم عضوي في المنطقة البلعومية والحنجرة ويحاول أن

يعمل من صوته ولكن لا يستطيع بسبب العجز العضلى للأحبال الصوتية .

٢- الاضطراب في الطبقة الصوتية

ويقصد به التغييرات الشاذة في طبقة الصوت والانتقال السريع غير المنظم من طبقة لأخرى مثل الانتقال من الصوت الخشن إلى الصوت الرفيع أو العكس وأحيانا تسمى باضطراب التلحين في النطق وهى فاقدة للتعبير ومزعجة للمتكلم والسامع .

٣- الصوت المرتعش .

يقصد به الصوت غير المتناسق من حيث الارتفاع أو الانخفاض في الطبقة الصوتية ويكون سريعاً ومتوتراً ، ويحدث هذا الاضطراب للأطفال والراشدين في مواقف الخوف والارتباك والانفعالات الشديدة وفي حالات عته الشيخوخة .

الأسباب :-

- الالتهابات الدماغية التي تجعل الفرد يعجز عن التوافق بين حركات الأعصاب .
- اضطراب عملية التنفس .

٤- الصوت الرتيب

يقصد به الصوت الذي يأخذ شكل الإيقاع الواحد او الوتيرة الواحدة مع عدم القدرة على التعبير الصوتي في الارتفاع والشدة أو النغمة أو اللحن ومن ثم يبدو هذا الصوت شاذا غريباً .

الأسباب :-

- حالة شلل تصيب المراكز المخية .
- تصلب الأحبال الصوتية التي تؤدى إلى جعل الصوت اجش او خشن او رتيب

٥- الصوت الخشن (الغليظ) .

هذا النوع يكون مرتفع في الشدة منخفض في الطبقة الصوتية وهو مصحوب بالتوترات والأجهاد للأحبال الصوتية التي تصبح بيضاء اللون أو متوردة منتفخة وأكثر تشنجا مما يضعف مرونة اهتزازها .

الأسباب :-

- الصراخ العالي لدى الأطفال الصغار .
- تقليد الطفل لأصوات الآخرين العالية .
- الفرد ذو المزاج العدواني لأنه غالبا ما يجهد الأحبال الصوتية في حديثه وصراخه مع الآخرين .
- بعض المهن التي تتطلب الصوت المرتفع مثل البائعين أو المعلمين مما يؤدى إلى اجهاد الأحبال الصوتية .
- المجهودات الكلامية الكبيرة والمستمرة والمؤدية الى إعياء الحنجرة .
- التهاب الجيوب الأنفية .

٦- بحة الصوت .

يقصد به الصوت المنخفض من حيث الطبقة الموسيقية ويصاحبه شئ من خشونة الصوت بسبب تقارب أشرعة الأحبال الصوتية والصوت يكون محبوسا واسفل الحنجرة ولا يخرج إلا من ثنيات تلك الأحبال التي تكون منتفخة وحمراء مما يجعلها تنقبض بصعوبة ، كما يصاحب أيضاً بصعوبة التنفس وبالتالي يصبح الصوت غير واضحا.

الأسباب :-

- حالات التهاب الحنجرة .
- الإصابة بنزلات البرد .
- التهاب اللوزتين .
- الاجهاد الكلامي .
- اضطراب التناسق العصبي والعضلي للأحبال الصوتية .

٧- الصوت الطفلي .

هذا النوع من الاضطراب الصوتي يشبه في طبقته الصوتية طبقة صوت الأطفال الصغار لدرجة يشعر المستمع بأن هذا الصوت شاذ ولا يتناسب مع العمر الزمني للمتكلم .

الأسباب :-

- عوامل وراثية وخلقية .
- الإصابات بالنزلات الصدرية في مرحلة الطفولة .
- التهابات الأعضاء الصوتية .
- عوامل نفسية التي تجعل الفرد يسلك في صوته وهو راشد سلوك الأطفال في أصواتهم " نكوص إلى مرحلة سابقة من النمو " .

٨- انعدام الصوت كلياً .

تحدث الإصابة بهذا النوع من الاضطراب في حالات الانفعالات الشديدة (الغضب) بحيث يصعب على الفرد إخراج الصوت تماماً وتجد الفرد يحاول الكلام ولكنه لا يستطيع مما يجعله يستعين بالحركات الإيمائية .

الأسباب :-

- شلل الأحبال الصوتية .
- الانفعالات الحادة .
- بعض الحالات ترجع إلى عوامل نفسية مثل فقدان القدرة على الكلام " الخرس الهستيري " .

الأساليب العلاجية لإضطرابات الصوت

لتشخيص وعلاج إضطرابات الصوت لابد من توافر الفريق متعدد التخصصات في عمليات التشخيص والعلاج حيث يعتبر من الأمور الجوهرية ، قبل البدء في العمل العلاجي وإجراء الفحص الطبي كخطوة مبكرة وضرورية تهدف إلى اكتشاف ما إذا كان يوجد خلل عضوي ، ثم بدء العلاج الطبي أو الجراحي اللازم في مثل هذه الحالة ، أما عملية التقييم التي يقوم بها فريق الأخصائيين فإنها تتضمن – بوجه عام – أربعة مظاهر أساسية هي :

- دراسة التاريخ التطوري لحالة الإضطراب في الصوت .
- التحليل المنظم للصوت ، ويشمل تحليلاً لأبعاد طبقة الصوت ، وارتفاعه ونوعيته ورنينه .
- فحص جهاز الكلام من الناحيتين التكوينية والوظيفية .
- قياس بعض المتغيرات الأخرى (عندما تكون هناك حاجة لذلك) مثل حدة السمع والحالة الصحية العامة ، والذكاء ، والمهارات الحركية ، والتوافق النفسي والانفعالي .

وعند القيام بتحليل أبعاد الصوت يجري أخصائي أمراض الكلام تقيماً للطفل في أبعاد طبقة الصوت ، والارتفاع ، والنوعية ، والرنين أثناء الكلام في مواقف المحادثة العادية ، وأيضاً من خلال أنشطة كلامية يتم تصميمها لأغراض عملية التقييم ثم

بفحص جهاز الكلام عند الطفل ونمط التنفس أثناء الأنشطة المختلفة التي تتضمن الكلام ، والأنشطة التي لا تتضمن الكلام أيضاً وقد يحول الطفل على الجهات المتخصصة الملائمة إذا بدا انه يعاني من إضطرابات أخرى كالإضطرابات الحركية او العقلية او الانفعالية .

وبغض النظر عن الأسباب الخاصة التي تكون قد أدت إلى إضطرابات الصوت ، يحتاج الأمر إلى فترة علاجية لمساعدة الطفل على تعلم استخدام الجهاز الصوتي بطريقة أكثر ملاءمة ، كما يصمم البرنامج العلاجي لكل طفل – بصورة مفردة – حسب حالته وعلى ذلك فإن أياً من الطرق التالية يمكن أن تكون ملائمة لحالة من الحالات ، ولا تكون ملائمة لحالات أخرى .

ويقدم محمود عثمان (١٩٩٩) برنامجاً علاجياً يتكون من ثلاثة مراحل كالتالي :-

المرحلة الأولى :

تتمثل المرحلة الأولى للعلاج في التعليم او إعادة التعليم الصوتي حيث يجب أن يفهم الطفل تماماً ماهية إضطراب الصوت الذي يعاني منه ، وما الذي ادي اليه ، وما يجب عمله لتخفيف حدة هذا الإضطراب ، حتى تتوفر لدي الطفل الدافعية الكافية لتغيير الصوت غير الملائم ، وأن تكون لديه الرغبة في تعديل بعض العادات الراسخة ، بدون ذلك يكون البرنامج العلاجي عرضه للفشل ، ان الدور الذي يمكن للأخصائي الإكلينكي ان يلعبه في علاج إضطراب الصوت عند الطفل يعتبر ضئيلاً مما يقتضي ان يعمل الطفل بتعاون ورغبة من الأخصائي للتعرف على (الصوت الجديد) والتعود عليه ، يترتب على ذلك ان الطفل يحتاج إلى قدر كبير من التشجيع والتدعيم من جانب الأخصائي المعالج ومن جانب الوالدين والمعلمين والزملاء طوال فترة برنامج التدريب على الأصوات .

رغم الإجراءات العلاجية الخاصة تختلف باختلاف الأخصائيين الإكلينيكيين وباختلاف الحالات إلا ان الصوت يتضمن عادة أربعة مظاهر اساسية تستحق

الاهتمام ، إذا كان واضحاً أن إضطراب الصوت يرتبط بسوء الاستخدام ، يصبح أحد المظاهر الرئيسية للعلاج التعرف على مصادر سوء الاستخدام ، وتجنب هذه المصادر ، ونظراً لأن الأخصائي الإكلينيكي لا يستطيع أن يعتمد اعتماداً مطلقاً على التقارير اللفظية التي يقدمها الأطفال انفسهم ، فإن من الأفكار الجيدة والمفيدة أن يقوم الأخصائي بملاحظة الطفل في عدد من المواقف الكلامية بهدف تحديد الطريقة التي اعتاد عليها الطفل في استخدام الأصوات ، على أن التقارير المقدمة من الوالدين والعلمين تعتبر ضرورية في التعرف على العادات الصوتية عند الطفل .

بعد أن يتم التعرف على نوع اضطراب الصوت ، يجب مناقشة الأنواع المعنية من سوء الاستخدام وانعكاساتها على الكلام مع الطفل نفسه ، بعدئذ يبدأ تخطيط الطرق التي يمكن من خلالها تخفيف الحالة او تجنبها ، ويعتبر تفهم الطفل وتعاونه من الأمور الأساسية نظراً لأن الأخصائي لا يمكن أن يتواجد مع الطفل في كل لحظة وينبه بصفة دائمة إلى العادات الصوتية السيئة ويطلب منه تصحيحها .

المرحلة الثانية :

الجزء الثاني من البرنامج العلاجي لاضطرابات الصوت يتمثل في التدريب على الاسترخاء حيث يدرب الطفل على كيفية إخراج الأصوات بطريقة تتميز بالاسترخاء والسلاسة خاصة إذا كان الطفل يتكلم عادة بطريقة مصحوبة بالتوتر الشديد ، على الرغم من أن النتائج مع صغار الأطفال ليست ناجحة دائماً ، فإن التدريب على الاسترخاء الجسمي بوجه عام قد يكون ضرورياً بالإضافة إلى الاسترخاء بشكل خاص في مناطق الوجه والفم والحلق ، وذلك لأن خلو الميكانزم الصوتي من التوتر يعمل على تسهيل تحقيق المظاهر الأخرى للبرنامج العلاجي .

المرحلة الثالثة :

يتضمن الجزء الثالث لعلاج الصوت التدريبات الصوتية والتدريبات المباشرة على إخراج الأصوات المختلفة حيث توجد تدريبات خاصة متوفرة الآن لتحسين طبقة الصوت ، وتدريبات لرفع طبقة الصوت التي اعتاد عليها الطفل وتدريبات لخفض هذه الطبقة ، وتدريبات لزيادة مرونة طبقة الصوت ، كذلك توجد تدريبات تهدف إلى تحقيق مستوي أكثر ملائمة من ارتفاع الصوت ، وتدريبات أخري لتحسين نوعية الصوت بوجه عام ، والتدريبات التي يقع عليها الاختيار ، والهدف من كل تدريب تطور لتتناسب مع حالة كل طفل كفرد .

على سبيل المثال ، قد تقتضي حالة احد الأطفال خفض مستوي طبقة الصوت التي اعتاد عليها بمقدار ثلاث نغمات في حين تتطلب حالة طفل اخر زيادة مدي طبقة الصوت بمقدار نصف طبقة وأثناء المرحلة المبكرة لعلاج الصوت قد يطلب الأخصائي الإكلينكي اجراء تجريب على صوت الطفل بطرق مختلفة ليستكشف تجميعات طبقية الصوت والارتفاعات في الصوت كي يتوصل إلى تحديد لكيفية انتاج افضل نوعية من الصوت عند هذا الطفل ، وعندما يتعرف الطفل على الصوت الجديد يحتاج إلى قدر كبير من الممارسة في تمييز هذا الصوت واستخدامه في المواقف المختلفة في الكلام كذلك يعتبر تدريب الأذن وتحسين المهارات العامة للاستماع مظاهر لها اهميتها في التدريبات الصوتية .

المرحلة الرابعة :

وغالباً ما تكون تدريبات التنفس هي المظهر الرئيسي الرابع للبرنامج العلاجي لاضطرابات الصوت ، يهدف هذا النوع من التدريبات عادة إلى تعويد الطفل على استخدام تدفق التنفس بصورة فعالة اكثر من تدريبه على التزود بالنفس ، التنفس لأغراض الكلام لا يحتاج إلى تزود بالهواء باكثر مما

يحتاجه التنفس العادى اللازم للحياة ، إلا ان التنفس لأغراض الكلام يتطلب الضبط والتحكم ، توجد الان تدريبات كثيرة لتحسين معدل الكلام وضبط عملية التنفس اثناء الكلام .

بعد أن يتم تجنب مصادر سوء استخدام الصوت وبعد ان يتم تثبيت الصوت الجديد ، يواجه المعالج المهمة الصعبة المتعلقة باستمرار الطفل في الاستخدام الصحيح للأصوات المتعلمة ، ان تعود الطفل على الصوت الجديد ، وتعميمه لهذا الصوت في جميع مواقف الكلام يعتبر من اصعب مراحل العمل العلاجي ، وربما لهذا السبب كان استمرار نجاح العلاج يتطلب عمل الفريق يضم الأخصائي الإكلينكي والطفل والمدرس والوالدين وغيرهم من هم على صلة وثيقة بالطفل .

رابعاً : مشكلة الخنف :

تعتبر مشكلة الخنف (الخنة) من الاضطرابات الصوتية Voice Disorders وبالرغم من انها اقل شيوعاً إلا أنها تظل تلقى الاهتمام نظراً لما لها من أثر على أساليب الاتصال الشخصي للتبادل بين الأفراد من ناحية وما يترتب عليها من مشكلات نفسية – نتيجة لما يشعر به أصحابها من خجل من ناحية أخرى .

وتعتبر مشكلة الخنف شائعة بين الأطفال المصابين بشق في سقف الحلق Cleft Palate حيث يبدو الطفل كما لو كان يتحدث من الأنف .

ويحدث هذا الاضطراب الصوتي بسبب إخراج الصوت عن طريق التجويف الأنفي وعدم انغلاق هذا التجويف اثناء النطق ، وهذا الاضطرب يصيب الأطفال الصغار كما يصيب الكبار الذكور والإناث على السواء .

وترجع الإصابة بتلك المشكلة إلى اسباب وراثية او إلى إصابة الأم الحامل بفيروس الحصبة الإلمانية او تعاطيها لبعض المكونات التي تحتوي على عقار الثاليدوميد وكذلك تعرض الأم للإشعاعات وغالباً ما يتم التعرف على وجود الشق بالشفاة العليا او شق سقف الحلق او كليهما بعد ولادة الطفل وذلك اثناء الكشف الروتيني عليه إذ نادراً ما يتم اكتشاف تلك المشكلة اثناء الحمل باستخدام الوسائل الحديثة في الأشعة التشخيصية .

بعد أن يتم تشخيص وجود شق بسقف الحلق أو الشفاة العليا او كليهما معاً يقوم المعالج باخبار والدي الطفل مع ملاحظة انهما يحتاجان منه للتفهم والتعاطف من أجل تقبل مشكلة الطفل حيث يهدف الإرشاد المبكر لأسرة الطفل إلى التعرف على جوانب المشكلة وابعادها .

كيف يتكلم الطفل المصاب بمشكلة الخنف :

هنا نجد أن الطفل المصاب بمشكلة الخنف يجد صعوبة في إخراج جميع الأصوات المتحركة والساكنة حيث يتم إخراج هذه الحروف بطريقة مشوهة ، فتظهر الحروف المتحركة وكأنها غناء أو لحن عن طريق الأنف .

أما الأحرف الساكنة فتظهر وكأنها شخير مع أبدل وقلب وحذف بعض الأحرف (عدا أحرف النون والميم والحرف الأنفية الأخرى) .

الآثار المترتبة على مشكلة الخنف :-

غالباً ما يكون الطفل المصاب بالخنف موضع ضحك وسخرية الآخرين فيؤدى ذلك إلى ارتفاع نسبة القلق لديه وعدم الثقة بالنفس وهذا يؤدى بطبيعة الحال إلى تكوين شخصية منطوية غير ناضجة انفعالياً واجتماعياً ويزيد من ذلك إحساس الطفل بالنقص والدونية الأمر الذي يؤثر على توافقه الشخصي والاجتماعي مما يعوق اندماجه في الحياة العامة .

أسباب مشكلة الخنف :-

١- وجود فجوة ولادية في سقف الحلق قد تكون في القسم الرخو أو الصلب من سقف الحلق أو القسمين معاً ويحدث هذا نتيجة عدم نضج الأنسجة التي تكون سقف الحلق .

٢- وجود شق في الشفاه (خاصة الشفة العليا)

٣- وجود زوائد أنفية . (Beech And Fransella , 1968)

الأساليب العلاجية لمشكلة الخنف :-

أولاً : العلاج الجراحي :-

إجراء جراحة الترقيع التي تهدف إلى التئام الفجوة في سقف الحلق ، وعندما ينمو الطفل دون اجراء هذه العملية هنا يلجأ الطبيب إلى تصميم جهاز عبارة عن سدادة أو غطاء من البلاستيك وذلك لسد الفجوة الموجودة في سقف الحلق .

العلاج الكلامي :-

أ- يحتاج الطفل المصاب بعد إجراء الجراحة إلى عمل تدريبات كلامية لضبط عملية إخراج الهواء حيث يجب أن يتدرب المصاب على إخراج الهواء من فمه وليس من أنفه لأنه المادة الخام التي يتكون منها الحروف المتحركة والساكنة عدا حرف الميم والنون .

ب- إجراء تمرينات أخرى خاصة بجذب الهواء إلى الداخل على أن تكون الشفاه في حالة استثارة وكذلك تمرينات التثاؤب فكلاهما يعمل على دفع سقف الحلق الرخو .

جـ- يحتاج المريض أيضاً إلى تمرينات خاصة بالنفخ بواسطة أنابيب اسطوانية زجاجية وذلك حتى يتعود المريض على استعمال فمه في دفع الهواء إلى الخارج وهذا من شأنه يعمل على تقوية سقف الحلق . (فيصل الزراد ، ١٩٩٠ ، ٤٢١) .

كما يري كثير من العلماء الدارسين بهذا المجال أن للأسرة دور في علاج للمشاكل التخاطبية الناجمة عن وجود شق في سقف الحلق أو الشفاة العليا أو كلاهما .

Hahn (1979) , Williams et al . 1984 , paradise and Williams Fraser (1971)

لذا يجب الا يغفل المعالج أهمية إرشاد الأسرة عن أسباب حدوث تلك المشكلة وعليه أن يكون ملماً بقدر كاف عن تلك الأسباب ليتمكن من إعطاء الإرشادات بصورة واضحة والإجابة على تساؤلات الوالدين بصورة صحيحة ، مع استعراض كافة

العوامل الوراثية الموجودة في عائلة الطفل وتحديد الأسباب البيئية التي من الممكن أن تشارك في تكوين هذا العيب الخلقي .

كما أشارت Hahn (1979) إلى أهمية وضع برنامج للأسرة في المراحل المبكرة من عمر الطفل تتكون من المراحل التالية : -

أولاً : برنامج تغذية الطفل :-

تعتبر تغذية الطفل الذي يعاني من شق في سقف الحلق من الأمور الصعبة وذلك لانخفاض الضغط داخل الفم اللازم لإتمام الرضاعة الطبيعية ، فإذا كان الطفل يعاني من شق جزئي في سقف الحلق فالأم قد تتمكن من إرضاع الطفل بصورة طبيعية وقد ينصح باستخدام وسيلة بلاستيكية مصممة بشكل خاص لغلق سقف الحلق بحيث تمكن الطفل من الرضاعة بشكل طبيعي غير أن بعض المعالجين أشاروا إلى أنه يمكن إرضاع الطفل وهو جالساً باستخدام زجاجة قابلة للانضغاط مما يسهل عملية الرضاعة .

وعلى المعالج أن يؤكد على أن عملية رضاعة الطفل تساعد على نمو البلعوم بصورة أفضل مما يساعد على اكتساب الكلام واللغة بصورة أفضل إذ كلما اكتسبت الأم خبرة مبكرة عن كيفية إرضاع الطفل ساعد ذلك على نمو قدرته اللغوية والنفسية والاجتماعية بصورة أفضل . (Williams , 1979

ثانياً : إعطاء الوالدين بعض المعلومات عن المراحل الطبيعية التي يمر بها كل طفل لاكتساب اللغة والكلام مع شرح الجوانب التي يختلف فيها الطفل الذي يعاني من شق في سقف الحلق عن الطفل الطبيعي .

ثالثاً : التركيز على تنبيه الطفل لغوياً وذلك عن طريق إكسابه مضمون لغوي لتنمية قدرته على فهم واستخدام الأشياء المحيطة به والاستجابة الصحيحة للتعليمات الصادرة له من الآخرين والتعبير عنها لفظياً من خلال التعرف على

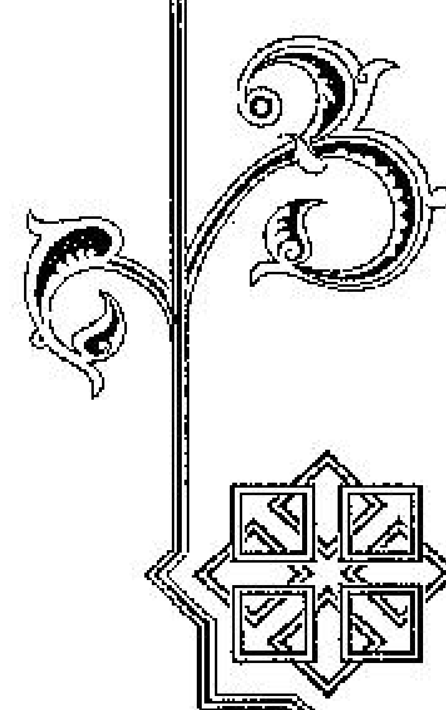
صور الحيوانات ، الملابس ، الطيور . . . الخ ، وغالباً ما يسبق هذه المرحلة موعد عملية إصلاح شق سقف الحلق .

رابعاً : تبدأ هذه المرحلة بعد إجراء الجراحة بستة إلى ثمانية أسابيع وذلك بإرشاد الوالدين عن كيفية تعليم الطفل استخدام بعض الأصوات مثل (ك / ج) والتي إذا تدرب الطفل على نطقها يساعده ذلك على اكتساب بقية الأصوات الساكنة بصورة أفضل ثم التدرج مع الطفل وتشجيعه على نطق جملة قصيرة مكونة من كلمتين مع التأكيد على أهمية متابعة الطفل في المنزل لضمان استمرار نطق الأصوات بشكل صحيح أثناء كلامه .

الفصل الرابع

اضطرابات طلاقة الكلام

(اللجلجة)



- تعريف اللجلجة
- مظاهر اللجلجة
- تفسير اللجلجة
- تشخيص اللجلجة
- أساليب علاج اللجلجة
- برامج علاج اللجلجة

الفصل الرابع

اضطراب طلاقة الكلام (اللجلجة)

نبذة تاريخية عن اللجلجة :

لقد تم التعرف على ظاهرة اللجلجة كمشكلة منذ زمن سحيق حيث يرجع تاريخها إلى عصور مصر القديمة ، ولقد عرف ذلك من رموز معينة تم اكتشافها في الهيروغليفية ، كما ذكرت في الإنجيل بواسطة الفلاسفة القدماء ، ولقد قيل : إن سيدنا موسى (عليه السلام) مصاب باللجلجة ، وكذلك ارسطو **Aristotle** وايسوب **Aesop** وديموستينس **Demosthenes** وفي عصرنا الحاضر وينستون تشرشل **Sir Winston Churchill** والملك جورج السادس **King George VI** وغيرهم كثيرون .

ولقد أعتقد قديما أن أصل تكوين اللجلجة بدنيا وأرجع ابو قراط **Hippocrates** اللجلجة إلى جفاف اللسان وأرجعها ارسطو إلى سمك اللسان وصلابته وفرانسيس بيكون **Francis Bacon** رأى ان يكون السبب هو برودة اللسان .

واعتقد سانتوريني **Santorini** عالم التشريح الإيطالي أن سبب اللجلجة هو وجود فتحتين في المنطقة الوسطى من سقف الحلق وانهما ذوي حجم غير طبيعي ، ثم رفض مورجاجني **Morgagni** تلك النظرية لأنه مؤسس علم التشريح الباثولوجي ، ونزع نحو الاعتقاد أن العظمة اللامية **Hyoid bone** هي السبب ، ثم جاءت فكرة أن اللسان هو أساس هذا القصور اللفظي ، وظلت منتشرة حتى منتصف القرن التاسع عشر ، وكان الجراحون الأوروبيون يتنافسون بكونهم الأوائل في تقدم الأساليب الفنية العملية لعلاج هذه الظاهرة جراحياً .

وفي عام (١٨٤١) تم علاج (٢٠٠) حالة تقريبا جراحيا في فرنسا ، وفي نهاية هذه السنة أطلقت صيحة تحذير واعترف من سمح بتلك الطريقة العلاجية بالخطأ .

واليوم فإن علماء التشريح يختلفون عما سبقوهم فيما يتعلق بالعامل المسبب للجلجة ، حيث رأوا أن الكيان العضوي مرتبط بالسمات البدنية النفسية للفرد ، ولقد أضاف كثير من الباحثين العوامل النفسية إلى طريقة العمل والنظريات الحديثة للجلجة لا حصر لها الآن . (Dominic 1959 : 951)

معنى كلمة لجلجة في الكتب العربية :

يدور معنى اللجلجة حول التردد والاختلاط والخفاء ، وهو من الألفاظ المعبرة عن معانيها كالشقشقة ، والصلصلة ، و الجلجلة حيث ينبئ تكرار اللفظ عن تكرار المعنى .

يقول ابن فارس في المقاييس " اللام والجيم أصل صحيح يدل على تردد الشيء بعضه على بعض ، وترديد الشيء " .

(معجم مقاييس اللغة لأبي الحسين أحمد بن فارس ٢٠١ — ٢٠٢)

وضرب لذلك من كلام العرب الأمثال ، قال من ذلك اللجاج ، ومن الباب لج البحر ، وهو قاموسة (والقاموس البحر الأعظم) وكذلك لجته ، لأنه يتردد بعضه على بعض ، يقال ، الج البحر الجاجا وفي الحديث :

" من ركب البحر إذا الج فقد برئت منه الذمة " .

واللجاج ، الذي يلجلج في كلامه لا يعرف ، واللجة ، الجلبة ، قال أبو النجم : " في لجة أمسك فلانا عن فل " .

وفي لسان العرب : اللجلجة والتلجلج ، التردد في الكلام .

" وفي كتاب عمر إلي أبو موسى ، الفهم الفهم فما تلجلج في صدرك مما ليس في كتاب ولا سنة ، أى تردد في صدرك وقلق ولم يستقر " .

(لسان العرب ، مادة لج)

معني كلمة لجلجة Stuttering في الكتب الأجنبية :

كلمة (لجلجة) Stutering تستخدم لوصف تكرارات الكلام Repetitons Speech وكلمة (العقلة) Stammering تستخدم لوصف التردد في الكلام Hesitant speech وغالباً ما يستخدم الاثنان بالتبادل ، لكن طبقاً للاستنتاج فإن كلمة لجلجة تشير إلي الصعوبة اللفظية والتردد في الكلام ، فينتج عنها عجز في المحادثة Defective conversation وكلمة (عقلة) تشير إلي مظاهر القصور في التشكيل Defecte of articulation ولذلك لا ينبغي ان نخلط بين كلمة (لجلجة وعقلة) .

كما ان كلمة (العقلة) تعتمد على الأداء Performance وكلمة (اللجلجة) تعتمد على الاضطراب الانفعالي Emotional وتستخدم كلمة Stuttering بطريقة شائعة في الولايات المتحدة ولكن في بريطانيا تستخدم كلمةStammering (The New Encyclopedia Britannica. 1991, 102)

ويري مايكل اسبير وورزجليفورد (1983:93) Espir and Glford أن لفظ لجلجة Stuttering تشير إلي اللجلجة في شكلها الحاد اي عندما يكون لاعراض اللجلجة خلفية مختلفة من ناحية الأسباب ، ولقد اشار إلي أن مصطلح Stammering, Stutteing يستخدمان كمترادفين .

أولاً تعريف اللجلجة :

كثير من الباحثين اهتموا بإعطاء معني اللجلجة على أساس أنه اضطراب يؤثر على إيقاع الكلام ، حيث يتميز نمط الكلام بالإطالة الزائدة ، وتكرار الأصوات والمقاطع والتمزق ، والإعاقات الكلامية التي يبدو فيها للتلجلج وقد اختنق الكلام في حلقة بالرغم من المجاهدة والمكابدة من اجل إطلاق سراح لسانه ، وهم بذلك يرون أن اللجلجة : هي عدم قدرة الفرد على إتمام العملية الكلامية على الوجه الأكمل .

ويعرف وندل جونسون . Johnson (1955:31,32) اللجلجة موضوعيا Opjectively بقوله ، أنها اضطراب يؤثر على إيقاع الكلام تتمثل في توقف متقطع اثناء الكلام وتكرار تشنجي للأصوات Convulsive repetition of a sound وتصف باربارا دومينيك Dominick (1959:950) اللجلجة بأنها اضطراب في تدفق الكلام بسلاسة Smooth flow of speech بسبب أزمات توقفية وتكرارية Tonic and clonic spasms مرتبط بوظائف التنفس والنطق والتشكيل (الصياغة) .

يري توماس سيشبل Schiebel (1975:1665) اللجلجة عبارة عن إطالة الصوت او للقطع اللفظي وتكرار لجزء من الكلمة أو الكلام السوي المصاحب لسلوك حركي غير ملائم وغير متوافق .

ويعرف مايكل اسبيرورز جليفورد Espir and Gliford (1983:93) اللجلجة على أنها اضطراب في الكلام لدرجة تجذب الانتباه ، وينعكس تأثيرها على كل من المستمع والمتكلم معا لتمزق الإيقاع الطبيعي للكلام Interruption in the normal rhythm of speech بسبب وجود التكرار اللاإرادي Involuntary repetition والتوقف والإطالة للأصوات .

كما يعرف بهرث راج (158 : 1976) Raj اللجلجة على انها الأخطاء التي تكون – إلي حد ما – خطيرة حيث انها تعوق عملية الاتصال Communicative process وذلك عندما يتقطع انسياب الكلام بصورة غير طبيعية مثل التكرارات

أو إطالة بعض الحروف لدرجة تجذب انتباه المستمع للكلام أكثر من انتباهه لمضمون الكلام .

ويقرر ميريل مورلي (Morley (1972 : 429 أنه قد تم وصف اللجلجة بواسطة العديد من العلماء بدراسة هذه الظاهرة كتردد في الإيقاع للكلام المنتظم، أو تقطع في إيقاع الكلام مع تشنجات في آلية الكلام ، وهي شكل من أشكال التوتر العصبي الذي يؤثر في سلاسة الطلاقة اللفظية .

ويري جونسون Johnson أنه يؤكد على جانبي الصورة ويقدم تعريفاً ذاتياً لاستكمال التعريف الموضوعي للجلجة فيقول ، " اللجلجة هي خبرة صراع تنشأ من رغبة المتلجلج في التحدث مقابل الرغبة في تجنب اللجلجة المتوقعة Expected Stuttering .

هنا نجد ونذل جونسون Johnson راي أن اللجلجة هي حالة صراع تدور دائماً داخل الفرد بين رغبة المتلجلج في الكلام لكي يتواصل مع الآخرين ، ورغبته في الصمت خوفاً وخجلاً من حدوث اللجلجة ، وغالباً ما يكون ضحية للشعور بالعجز والخوف مما يؤدي بالفعل إلي حدوث اللجلجة .

ويقدم اتوفينخل (١٩٦٩ : ٥٢٩) تعريفاً فيقول ، " أنها نتاج صراع بين ميول مختصمة ، فالمريض يكشف عن أنه يرغب في أن يقول شيئاً ومع ذلك لا يرغب في أن يقوله ، وحيث أنه يقصد شعوريا الي ان يتكلم فلابد وأن يكون لديه سبب لا شعوري حتى لا يرغب في الكلام ، ويرجع هذا بالضرورة إلي دلالة لا شعورية للكلام إما للشيء الخاص الذي سيكون عنه الحديث وإما لعملية الكلام بصورة عامة .

هناك وجهة نظر أخري بخصوص اللجلجة بوصفها سلوكاً مكتسباً بالتعلم يعتنقها جوزيف شيهان (Sheehan (1958 : 125.126 فهو ينظر الي اللجلجة على أنها تحدث نتيجة وجود صراع بين رغبتين متعارضين — رغبة المتلجلج في الكلام وفي الوقت نفسه رغبته في الامتناع عن الكلام .

ويرجع الرغبة في عدم الكلام الي الإحجام المكتسب Learned avoidance او إلي دوافع لا شعورية unconscious motives وطبقا لوجهة نظر شيهان Sheehan التي ترى أن اللجلجة تبدأ عندما يصل كلا من الميل إلي الكلام والرغبة في الإحجام عن الكلام إلي مستوي التوازن ، وبعد ذلك يتمكن المتلجلج من مواصلة الكلام ، لأن بظهور اللجلجة يعمل على تخفيض دافع الخوف ، ويستطرد شيهان Sheehan مفسراً السبب في ذلك ، أنه أثناء حدوث اللجلجة يقل دافع الخوف لدرجة يختفي معها الصراع بين الرغبة في الكلام والرغبة في عدم الكلام ، أي اختفاء تحاشي الكلام الذي يحركه الخوف ، ولكن لسوء الحظ تستمر سيطرة الصراع بين هاتين الرغبتين المتعارضين في مواقف الكلام التالية ، ومن ثم يميل سلوك اللجلجة إلي ان يكون سلوكاً متكرراً .

وفريق آخر من الباحثين يرون ان اللجلجة تتم وفق مراحل معينة ، وتتلخص وجهة نظرهم في ان عدم الطلاقة اللفظية ظاهرة بين صغار الأطفال حيث أن غالبية الأطفال في بداية تعلمهم قد تظهر عليهم بعض الترددات والتكرارات العادية في كلامهم وان الوالدين أو المحيطين بالطفل هم أول من يشخص هذه التكرارات على أنها لجلجة ، وان الطفل مصاب باللجلجة ،

وحين يطلق على الطفل هذا اللقب تتقيد حركته في الكلام بمجموعة من مشاعر القلق والمخاوف من جانب الوالدين ، ومن ثم تنعكس تلك المشاعر على الطفل ، ويصبح قلقاً متوتراً وخائفاً من الفشل في نطق الكلمات ومن ثم يصبح متلجلجاً .

فيري بلودشتين (21.23 : 1969) Bloodstein ان اللجلجة تمثل درجة قصوى من اشكال عدم الطلاقة العادية Normal non-fluency كما انه ناقش العلاقة بين التقطعات الكلامية Speech-interruptions للأطفال المصابين باللجلجة والتقطعات الكلامية لغير المتلجلجين ، ولقد وجد من خلال ملاحظاته أن التكرار الجزئي للكلمة وتكرار الكلمة والإطالة الصوتيـــة Sound-prolongation موجود في كلام الأطفال المتلجلجين مثلما هو موجود في كلام غير المتلجلجين مع الاختلاف في درجة الإعاقة ولقد قادته بحوثه في اللجلجة وخبراته إلي الاعتقاد بأن اتجاه المتلجلجين تجاه تلك الأعراض يعد البعد الرئيسي للجلجة فإن القلق ، وتوقع اللجلجة Anticipation of stuttering والاعتقاد الداخلي بصعوبة الكلام ، كل هذا يؤدي لاستمرار ورسوخ اللجلجة ؛ كما يعد من العوامل الرئيسية التي تساعد على استمرار اللجلجة .

ويقدم بلودشتين Bloodstein خمسة أطوار تمثل تطور اللجلجة لدي الفرد .

- المرحلة الأولى : تتميز بتكرار الكلمات الصغيرة تزداد في مواقف الضغط Stress Situations لكن مع نقص في الجانب الانفعالي والادراكي من ناحية الطفل تجاه لجلجته .

- المرحلة الثانية : تتميز اللجلجة بالاستمرارية وتزداد في أوقات الإثارة ومع ذلك لم يكف أو يعاق كلام الطفل بسبب اللجلجة .

- المرحلة الثالثة : تظهر مع طفل المدرسة الأكبر سناً حيث يكون مدركاً للمواقف الصعبة وبالتالي بدأ ينهج بعض الوسائل الخاصة به لتجنب بعض الكلمات او المواقف التي يخشاها .

- المرحلة الرابعة : يصبح الطفل متلجلجاً حيث يوجد التوقف والخوف وتجنب مواقف الكلام مع ظهور علامات الخوف والإحراج على الطفل المتلجلج

- المرحلة الخامسة : تتعلق بالراشدين المتلجلجين حيث يبتكر المتلجلج وسائل يعالج بها لجلجته مفضلاً ذلك على التحسن الحقيقي فهو نفسه مدرك لمشكلته .

ولقد أعطي وينجات (Wingate (1964 : 488 تعريفاً للجلجة أكثر شمولاً حيث فسر معني كلمة لجلجة من خلال ما يحدث للفرد المتلجلج أثناء عملية اللجلجة وان هذا الاضطراب لا يبدو فقط في القصور اللفظي للمتلجلج وإنما يتعداها إلي الجسم كله ، فتبدو المظاهر الجسيمة النمطية التي تعبر عن مجاهدة الفرد للتغلب على إعاقته الكلامية، فيبدو الفرد في حالة من القلق والتوتر العام .

ويوضح وينجات Wingate معني كلمة لجلجة من خلال ثلاث نقاط هي :

١ - اللجلجة هي تقطع في طلاقة التعبير الفظي يتميز بالتكرارات والإطالات لحروف او مقاطع الكلمات ويحدث هذا بصورة متكررة ولا إرادية .

٢ - وجود بعض المظاهر الجسيمة المصاحبة لهذا الاضطراب الكلامي تتسم بالنمطية وتعبر في الوقت نفسه عن مجاهدة الفرد للتغلب على عيبه الكلامي .

٣ - ظهور بعض الانفعالات المصاحبة لهذا الاضطراب مثل الخوف والارتباك والإثارة والتوتر .

هناك فريق آخر من الباحثين أعطوا تعريفاً على أساس أنها نتيجة حتمية للقلق والخوف الذي يمتلك الفرد والخوف من عدم مقدرته على إتمام العملية الكلامية بنجاح ، فالخبرات المؤلمة التي مر بها في مواقف الكلام المتعددة جعلته يتصور أن الكلام السلس هو من الأمور الصعبة ، لذلك فهو يتوقع حدوث اللجلجة على الرغم من محاولته بذل الجهد لتجنبها .

وتدل جونسون (Johnson (1956 : 182 يعرف اللجلجة على أنه شكل من أشكال السلوك المكتسب Learned Behavior حيث يؤكد أن الأطفال المتلجلجين هم في الحقيقة أطفال عاديون ، ويعرف اللجلجة على أنها : رد فعل لتجنب اللجلجة يتسم بالتوقع anticipatory والخوف والتوتر الشديد Hypertonic بمعنى أن اللجلجة هو ما يفعله الفرد عندما ،

- يتوقع حدوث اللجلجة .
- يخافها (يرهبها) .
- يصبح متوتراً توقعاً لحدوثها .

يحاول أن يتجنبها ، ثم ما يفعله منه لتجنب اللجلجة يتساوى مع توقف الكلام توقفاً كلياً أو جزئياً .

كما يعرف أوليفر بلودشتين (Bloodstein (1986 : 573 اللجلجة بأنها اضطراب كلامي يتسم بالتوقف والتقطع في تدفق الكلام بسلاسة ويضيف بلودشتين أن اللجلجة كاضطراب تختلف عن الترددات Hesitations والوقفات الكلامية لغير المتلجلجين ، حيث أن هناك فرق أساسي هي المشاعر التي تنتاب المتلجلج مثل الخوف والقلق والشعور بالخزي والتوتر العضلي الذي يؤدي إلى فقدان التحكم في أعضاء الكلام .

تعقيب

لقد ذكر الكثير من العلماء والمهتمين بدراسة ظاهرة اللجلجة انها تعد ظاهرة مرضية غاية في التعقيد حيث ان لها العديد من الأسباب في علم الأمراض .

وتقول باربارا دومينيك (1959: 950) Dominick : ان العديد من المهتمين ببحث تلك المشكلة قد أضافوا لها الكثير من التعقيد والتشويش ، ولذلك لا غرابة أن تجد هناك وجهات نظر مختلفة من قبل العلماء المهتمين بدراسة اللجلجة في تعريفهم لهذه المشكلة ، فمنهم من نظر إلي اللجلجة على انها اضطراب يصيب إيقاع الكلام فيؤثر على قدرة الفرد على إتمام العملية الكلامية على الوجه الأكمل ، ويتميز هذا الاضطراب بتكرار ومقاطع الكلام والإطالة الزائدة والإعاقات الكلامية .

وفريق آخر نظر إلي اللجلجة على انها حالة من القلق والخوف حيث ان الخوف من اللجلجة يولد لدي الفرد الكثير من الإعاقات التي تظهر في بعض المواقف الكلامية معبرة عن حالة القلق والتوتر ، وبذلك يجد المصاب باللجلجة نفسه يدور في حلقة مفرغة .

وبعضهم قرر أن اللجلجة ما هي إلا عملية صراع ، ويقع المتلجلج فريسة لعملية الصراع هذه بين الرغبة في الكلام وفي الوقت نفسه الرغبة في عدم الكلام ، وتكون النتيجة شعور المتلجلج بالعجز والخوف من العملية الكلامية حيث يصبح الكلام السلس أمرا بالغ الصعوبة .

وقد اولي بعض الباحثين أهمية بالغة بالطفل في بداية تعلمه للكلام وعدم إصدار حكم على الطفل انه مصاب باللجلجة من قبل الوالدين لمجرد ظهور بعض التكرارات او اللجلجات الخفيفة أثناء تعلمه للكلام ، وفي هذا يقولون : "إن اللجلجة تقع في أذن الأم أولاً ، وليس في فم الطفل" بمعني عدم إظهار مشاعر القلق والخوف تجاه كلام الطفل حتى لا ينعكس ذلك على الطفل ، وتتطور اللجلجة العادية إلي لجلجة حقيقية عندما يتجنب الطفل مواقف الكلام مع ظهور علامات الخوف والحرج عليه .

ثانياً : مظاهر اللجلجة

التكرارات : Repetitions

يري بيتش وفرانسيلا (Beech & Fransella (1968 : 345 ان التكرار يعد من أهم السمات المميزة للجلجة حيث إنها احد أعراض اللجلجة الأكثر شيوعاً خاصة عندما تحدث عدة تكرارات بالصوت نفسه بالتتابع لدرجة تلفت انتباه المستمع والتكرار ، يكون لبعض عناصر الكلام مثل :

1. تكرار حرف Sound معين مثل الحرف (n) في العبارة التالية :
   د . د . د . دلوقت سأذهب إلي n.n.n.n.now I am going to
2. تكرار للمقاطع اللفظية whole syllable مثل المقطع (un) في العبارة التالية :
   قا . قا . قا . قائلة un.un.un.under
3. تكرار للكلمة word مثل كلمة but في العبارة التالية :
   لكن – لكن – لكن – لكن انظر but- but- but- but look
4. تكرار للعبارة phrase بأكملها مثل عبارة دعني letme
   دع – دعني – دعني أري let-let me-let me see

(Starkweather 1983 : 354)

ومع أن التكرارات تعتبر من الأعراض المميزة لوجود اللجلجة ، إلا أن تكرار العبارات والكلمات والمقاطع يعد شائعاً بين الأطفال الصغار جداً ، وقد يكون مؤشرا لوجود اللجلجة .

فلقد أوضح ميريل مورلـــي (Morley (1972 : 430 أن الأطفال الذين يتراوح أعمارهم من (٢ – ٥) سنوات يتسم كلامهم بالترددات والتكرارات للمقاطع اللفظية

وكذلك العبارات . وأجريت دراسات إحصائية لهذا الموضوع وتبين لهم انه إذا كان متوسط التكرارات (٤٥) مرة لكل (١٠٠٠) كلمة تعتبر تكرارات طبيعية .

ويؤكد إدوارد كونتر (Conture (1982 : 164 هذه الحقيقة بقوله ان التكرارات تؤخذ في الاعتبار على انها لجلجة عندما تصل إلي نسبة ٥ ٪ من حاصل الكلام الكلي للطفل . ويضيف كونتر بأن هناك وجهة نظر طبية ترى انه ليس فقط درجة تكرارات الكلمات وحدها هي المؤشر لوجود الاضطراب ، ولكن الأهم هو طبيعة هذا الاضطراب ، معنى أن الطفل يعتبر متلجلجا إذا اتسم كلامه بتكرارات للكلمات والمقاطع اللفظية ، وإطالات صوتية وكذلك حدوث الإعاقات الداخلية .

الإطالات prolongations

هناك شكل تشخيصي آخر وهام للجلجة هو الإطالات الصوتية prolongations Sounds حيث يطول نطق الصوت لفترة اطول في الحروف المتحركة .

ويعد إطالة الصوت شكلا هاما لهذا النوع من الاضطراب الكلامي ، حيث أنه من النادر وجوده في كلام غير المتلجلجين . حيث يؤكد بيتش وفرانسيلا Beech and Fransella (1968) أن الإطالات تعتبر شائعة جداً بين المتلجلجة من وذات دلالة تشخيصية مقبولة ، وذلك بسبب قلة حدوثها بين الأفراد ذوي الطلاقة اللفظية .

لكن من المثير ان الأفراد غير المتلجلجين يميلون لإظهار هذا النوع من الاستجابة الكلامية (الإطالات) تحت ظروف التغذية المرتدة المتأخرة delayed auditory feedback وتفترض تلك الملاحظة ان الاضطرابات الكلامية التى تنتج تحت ظروف التغذية المرتدة السمعية تختلف عن الاضطرابات الموجودة لدى المتلجلجين مثل التردد والتكرار ، بالإضافة الي أن الآليات المرتبطة بإنتاج الإطالات سواء بواسطة التغذية المرتدة السمعية او في اللجلجة تعتبر مختلفة .

(Beech and Fransella,1968:70)

ويضيف إدوارد كونتر (Conture (1982 : 164 أن الإطالات غالباً ما تكون مرتبطة بالمراحل المتقدمة من اللجلجة ، أما في مراحلها المبكرة فغالباً ما ينتج الطفل تكرارات صوتية أو مقطعية أكثر من إنتاجه للإطالات الصوتية .

ويستطرد كونتر موضحا أنه من الأشياء المعروفة لدى أخصائي الكلام أن اللجلجة إذا تركت فسوف تتطور من سيئ إلي أسوأ (أي من تكرارات صوتية ومقطعية إلي إطالات صوتية) ولذلك فهم يفضلون التعامل مع الأطفال الذين لديهم تكرارات صوتية ومقطعية حيث تبدوا المشكلة ما زالت في مراحلها المبكرة والعلاج في هذه الحالة يكون أسرع وأضمن .

التوقفات الكلامية (الإعاقات الكلامية) Blockages

هناك شكل آخر للجلجة والذي يسبب إحباطا لكل من المتكلم والمستمع ، وهو متعلق بالإعاقات الصامتة Silent Blocks ويظهر من خلالها عجز المتلجلج عن إصدار أي صوت على الإطلاق برغم الجهد العنيف الذي يبذله .

وتحدث الإعاقة الكلامية بسبب انغلاق ما في مكان ما في الجهاز الصوتي تؤدي إلى إعاقة الحركة الكلامية بالإضافة إلى وضع وضغط مستمر من الهواء خلف نقطة الإعاقة وقد يصاحب هذه الإعاقة توتر وارتعاش في العضلات عند نقطة الإعاقة. وقد تطول مدة الإعاقة أو تقصر تبعا لشدة الاضطراب وبالتالي يتناقص أو يتزايد التوتر العضلي . (Starkeweather,1983:356)

ويلاحظ حدوث تلك الإعاقات بصورة متكررة في بداية نطق الكلمة أو العبارة وهي في هذا تشترك مع بقية خصائص اللجلجة حيث أنه غالبا ما تحدث التكرارات أو الإطالات في بداية النطق.

ولقد جذبت هذه الظاهرة الاهتمام بتنفس المصابين باللجلجة وعكفوا على دراسة أعراض التنفس لديهم ولقد لوحظ أن عملية التنفس لدى المتلجلجين تتم بطريقة مختلفة حيث تؤثر مجموعة من الأشكال التكوينية للتنفس الصدري في إعاقة تدفق الحديث لديهم .

كما افترض ان الإعاقات الكلامية تحدث خاصة في الكلمات المشددة Strees words ويبدو ان هذا الافتراض مقبول حيث أن الكلمات المشددة تتطلب جهدا أكبر بالمقارنة بالكلمات غير المشددة . ومن المعروف ان اللجلجة تحدث بصفة خاصة في الكلمات التي يتم التركيز عليها من قبل المتكلم والتي يكررها بشكل واضح .

ويبدو ان السبب في أن الفرد يتلجلج أكثر في الكلمات المشددة يرجع إلى ان هذه الكلمات تكون أكثر وضوحا في النطق بالمقارنة بالأخرى غير المشددة.

(Klouda and Cooper,1988:4)

ويوضح فرانسيس فريما (679 : 1982) Freema ان حوالي ٩٠٪ من الإعاقات الكلامية تتعلق بالصوت الأول Initial sound من الكلمة وعندما تحدث إعاقة داخل كلمة متعدد المقاطع polysyllabic word فإنها عادة ترتبط بالصوت الأول من المقطع المبتور المضغوط Stressed syllable

المظاهر الثانوية ، Secondary Features

يصف ميريل مورلي ، (1972:432) Morley من خلال ممارسته لعلاج مرضى اللجلجة بعض المظاهر التي تبدو على المتلجلج اثناء الكلام منها رفع الأكتاف وتحريك الذراع ، واحمرار الوجه والعنق ، ثم يتبع هذا إطلاق عدة كلمات .

واحيانا تكون محاولات الكلام مرتبطة بفم مفتوح على آخره وبروز سريع وارتداد للسان مرتبطا بانقباض في التنفس respiratory spasm والذي يسبب اختناق ، ويكاد التوتر يبدو على الجسم كله مع حركات امامية وخلفية تشبه الرقص .

واحيانا اخرى يكون الانقباض يتألف من إعاقة كاملة لإخراج الصوت مع ظهور صوت حنجري طويل اثناء التنفس ، ثم يتبع ذلك نطق عدة كلمات عند الزفير.

وهذه المظاهر الشاذة للنشاط الحركي تعتبر مصدر متاعب للمتلجلج مثل مشكلة الكلام ذاتها حيث ان تلك المظاهر كما رأينا ترتبط بعضلات الوجه والبدن ،

وأوصال الفرد في حركة مبالغ فيها ، وعندما يحدث هذا الاضطراب الحركي يكون عادة مرتبط بلحظات صعوبة الكلام ، وكلا من المعالج والمريض يميلان لاعتباره شيئا ثانويا يبرز من محاولات نشيطة للتغلب على عدم الطلاقة .

ولكن عندما يتضح ان هذا النشاط الحركي غير ناجح في ضمان عدم التحرر من الإعاقة لكنه يصبح مرتبطا حتميا بالتحرر عن طريق الاعتماد على وضعه المؤقت في التتابع للتحرر من الإعاقة ، ولذلك يصبح جزءاً دائما في عقدة اللجلجة .

وفي مرحلة ما يظهر بوضوح أن المتلجلج فقد تحكمه الإرادي على هذا النشاط الحركي والذي تم تصميمه وتهيئته ليساعد في التغلب على مشكلته.

(Beech & Fransella, 1988: 9)

ومن المظاهر الثانوية التي تبدو على المتلجلج اثناء الكلام ، ما يقول عنه إدوارد كونتر (1982:165) Conture بدرجة اتصال عين المتلجلج بعين المستمع ، حيث يعتبرها مؤشراً لتحديد مدى إدراك الطفل الذاتي لاضطرابه الكلامي . ويستطرد كونتر موضحا ان الطفل الذي يتحاشى النظر في عين المستمع لمدة تصل الى ٥٠٪ او اكثر من وقت المحادثة هو طفل أصبح لديه وعي كامل بإعاقته اللفظية ، وبان كلامه مختلف عن كلام الآخرين .

هذا بالإضافة إلى ان تلك المظاهر تبدو على المتلجلج من حركات بدنية أو التي تظهر على وجهه هي بمثابة رد فعل للإعاقات الكلامية وهي تعطي انطباع بمدى الجهد الذي يبذله المتلجلج أثناء الكلام هذا بالإضافة إلى استخدام المتلجلج لبعض المترادفات أو الاسهاب بغرض تجنب بعض كلمات يخشاها ويتوقع اللجلجة فيها.

ثالثاً : تفسير اللجلجة

يكمن أصل العلوم في رغبتنا في معرفة الأسباب ، وأصل كل العلوم الزائفة أو المضللة في رغبتنا في تقبل أسباب خاطئة مفضلين ذلك على عدم توافر أسباب على الإطلاق أو في عدم رغبتنا في الاعتراف بجهلنا.

في الدراسات الخاصة باللجلجة تجد عدداً كبيراً من النظريات المتراكمة عن تلك الظاهرة ، ففي خلال هذا القرن نجد أن هناك عدداً كبيراً من العلماء يقومون بصياغة هذه النظريات والدفاع عنها ، وهذا القصور في الاتفاق الجماعي يساعد على الإحباط لأن وجود هذا العدد الكبير من النظريات المتنوعة التي تشرح السلوك نفسه قد يسبب اضطرابا ، وهذا يتأتى من أن اللجلجة ظاهرة متعددة الوجوه .

يقدم لنا فان ريبر (١٩٧١) تصور عقلي للجلجة بقوله ، قد تبدو اللجلجة كلغز محقد لا حدود له وأجزاء عديدة ما زالت مفقودة ، ولقد قامت كثير من الأنظمة والجماعات والأفراد بتركيب أجزاء من اللغز ولكن ما زالت الأجزاء الحساسة والضرورية للتعريف والإدماج الكلي ناقصة أو لم يتم التعرف عليها .

إن أكثر الأسئلة تكرارا هو (ماذا يسبب اللجلجة) ومعظم الأفراد يعتقدون أن هذا سؤال سهل ومباشر ، لأنهم يعتقدون أنه توجد علاقة مباشرة وسهلة بين المسبب والنتيجة ، ولكن بالنسبة للجلجة فإنه من المفيد أن نفكر فيما يتعلق بالأسباب الضرورية والفعالة ومستويات السببية ، فمثلاً الضغوط البيئية الاتصالية قد تكون ضرورية في تنمية اللجلجة ، ولكن هذا وحده لا يعتبر كافيا وقد يتضح أن بعض المشكل الفسيولوجية أو المرضية تؤثر في التحكم اللغوي الحركي على أنها ظرف ضروري أو مسبب للجلجة ، ولكن أيضا تلك الحالة قد لا تكون كافية لنمو اللجلجة ، وذلك لأنه لا يوجد سبب واحد ولكنه يوجد عدة أسباب ، أي لا يوجد سبب واحد كاف ولكن عدة عوامل مشتركة .

(Freema,1959 ; 950)

ان اللجلجة تعتبر ظاهرة مرضية غاية في التعقيد حيث أن لها العديد من الأسباب في علم الأمراض حيث تتضمن عوامل تكوينية وكيميائية ، وعصبية ، ونفسية ، وبيئية اجتماعية وسوف تحاول المؤلفة إلقاء الضوء على النظريات التي تطرقت لدراسة ظاهرة اللجلجة في محاولة لمعرفة جوانب هذه الظاهرة والأسباب المؤدية إليها .

١- العوامل الوراثية

وإذا تطرقنا إلى الأبحاث الخاصة باضطرابات الكلام والتي ترجع حدوث ظاهرة اللجلجة إلى عوامل وراثية . نجد أنه كان يعتقد أن هناك علاقة بين تلك الظاهرة والجينات الوراثية ، أي أنها توجد بين أكثر من جيل في الأسرة الواحدة ، ولكن حديثا أظهرت الدراسات عدم وجود أدلة في قوانين مندل الوراثية **Mendelian Inheritance** تؤكد هذه العلاقة ، كما أنهم لم يجدوا جين معين بالذات مسئول عن اضطراب اللجلجة.

في الدراسات التي أجريت حديثا بقسم الجينات الإنسانية في جامعة **Yale University** الطبية لدراسة أثر الجينات الوراثية في اللجلجة. ولقد أسفرت النتائج عن عدم وجود ارتباط بين اضطراب اللجلجة والجينات المتنحية **Autosomal** أو الجينات السائدة **Dominant** أو لها علاقة بجينات الجنس **Sex Linked** .

(Shirley and Sparks 1984 ; 85)

ويستطرد مايكل اسبير وروز جليفورد **Espire and Gliford (1983 : 94)** ليوضح لنا أن حدوث اللجلجة تبعا للأثر الوراثي بالرغم من أنه يتراوح ما بين ٣٦٪ إلى ٦٥٪ ، خاصة الأقارب من الدرجة الأولى (مثل الوالدين والأخوة) ومع ذلك فهما يعتقدان أن العامل الوراثي هنا لا يكون بالضرورة قائم على العوامل الجينية ، لأن هناك عامل أهم وهو العوامل البيئية المتمثلة في عنصر التقليد وذلك لأن الأطفال من الممكن أن يتعلموا اللجلجة عن طريق التقليد الذي يكون ذا أثر قوى في ظهور اللجلجة .

ويقرر مايكل اسير وروز جليفورد أن من الأشياء التي تدعو للدهشة أن ظاهرة التلجلجة أكثر شيوعا بين التوائم المتماثلة بالمقارنة بالتوائم غير المتماثلة ، بغض النظر عن نوع الجنس (حيث من المعروف أن الذكور أكثر إصابة باللجلجة من الإناث).

نظرية السيطرة المخية : Cerebral dominance

ومن العلماء الذي ارجعوا ظاهرة اللجلجة إلى اسباب فسيولوجية ترافيز (1956 : 51) Travis الذي يعتبر رائدا في هذا الاتجاه حيث قدم نظريته القائمة على اساس أن اللجلجة ترجع إلى عجز في السيطرة المخية ، ولقد بنى نظريته على عدد من الحقائق منها :

١- موجات المخ الثنائية لدى المتلجلج تتسم بالتساوي في الشكل والسعة.

٢- أظهر رسم موجات المخ (EEGS) Electroencephalo أن هناك انسجام في نشاط المخ (في كلا النصفين) أثناء اللجلجة ويحدث عكس ذلك أثناء الكلام الطبيعي .

٣- زيادة كهربيه في طاقة المخ الكامنة Brain potentials أثناء اللجلجة.

ويوضح ترافيز هذه الحقائق بقوله أن الفرد عندما يتلجلج فإن موجات المخ في كلا النصفين تبدو متشابهة وإذا تكلم بطريقة طبيعية (بدون لجلجة) فالموجات تبدو مختلفة .

ويستطرد ترافيز موضحا أن موجات المخ المتشابهة في كلا النصفين تعتبر غير طبيعية وهذا يعني أن كلا من نصفي المخ ينشطان معا في وقت واحد تقريبا . مع أن الكلام الطبيعي يتطلب نشاطاً متزايدا من نصف معين عن النصف الآخر.

كما يوضح روانا وليامز (43 ; 42 : 1974) Williams أن الجزء الخاص بالسيطرة على عملية الكلام بالمخ مرتبطا بالجزء الذي يسيطر على حركات اليد ولذلك فهناك قاعدة طبية ترى انه اذا ارغم الطفل على استخدام اليد التي لم يستخدمها من قبل تؤدي إلى اضطراب الجهاز العصبي الخاص بالكلام مما يساعد

على ظهور اللجلجة . ويتخذ أصحاب هذه النظرية من النتائج التالية تأييداً لوجهة نظرهم :

- انتشار ظاهرة اللجلجة -إلى حد كبير- بين الذين يستخدمون اليد اليسرى .
- شيوع ظاهرة اللجلجة بين التوائم المتماثلة الذين يستخدمون اليد اليسرى أدى إلى اعتقاد أن هناك علاقة وراثية بين اللجلجة والتوائم المتماثلة واستخدام اليد اليسرى .

ويقرر مايكل اسبير وروز جليفوود Espir and Gliford (1983 : 97) أنه بالرغم من أن رسم موجات المخ أظهر أن إيقاع ألفا أكثر تناسقا لدى المتلجلج في الجانبين (والطبيعي أن تكون الموجات منخفضة على الجانب السيطر) وهذا يعني عجز في السيطرة المخية . ولكنهما يؤكدان أن النتائج لم تظهر فروق ذات دلالات قوية بين المتلجلج وغير المتلجلج .

وإذا انتقلنا إلى الموسوعة البريطانية Encyclopedia Britannica (1991:93) لنتعرف على ما كتب في هذا الشأن ، فنجدهم يقررون أن السؤال الخاص بما يفعله المخ ليجعل الفم يتكلم واليد تكتب ما زال غير مفهوم تماما ، برغم العدد المتزايد من الدراسات من جانب الأخصائيين في كافة العلوم بما فيها علم الأعصاب ، وعلم النفس ، وعلم أمراض الكلام ، وعلم وظائف الجهاز العصبي .

ولقد كشفت الدراسات الحديثة أن الإنسان يمتلك مراكز للغة عديدة في الجانب السيطر من المخ (الجانب الأيسر لشخص يستخدم يده اليمنى) ، ولقد أعتقد سابقا أن الفرد الذي يستخدم اليد اليسرى يكون الجانب السائد لديه هو الجانب الأيمن ، ولكن أظهرت الاكتشافات الحديثة أن هناك مراكز للغة متساوية في جانبي المخ لدى العديد من مستخدمي اليد اليسرى ، وأن الجانب الأيسر للمخ يعتبر مسيطر تماما وهذا يعني أنه ليس لديهم عجز في السيطرة المخية .

٢- العوامل البيوكيمائية : Biochemical

تعتبر نظرية روبرت ويست (44.47 : 195) West إحدى النظريات التي ترجع أصل للجلجة إلى الأسباب العضوية حيث يعتقد أن ظاهرة اللجلجة تظهر في مرحلة الطفولة بالإضافة إلى أنها أكثر انتشاراً بين الذكور منها بين الإناث .

ولذلك يعتقد ويست West بوجود اضطرابات في عملية الأيض (وهى عمليات الهدم والبناء الخاصة بالتركيب الكيميائي للدم) [1] لدى المتلجلجين ولذلك فهو يعتبر اللجلجة نوع من الاضطرابات التشنجيـة Convulsiv disorders الشبيهة بنوبات الصرع Epilepsy لاشتراكهما في عدة أمور منها :

* أنهما من الأمراض التشنجية .
* أنهما أكثر شيوعا بين الذكور منها بين الإناث .
* كلاهما يتأثران بالانفعالات الشديدة .
* أهمية العامل الوراثي والأسري بالنسبة لكليهما.
* كلاهما انعكاس للخوف مما يؤدي إلى حدوث الاضطرابات .

ومع هذا لم يستبعد ويست West احتمال قيام العوامل النفسية psychological factors بدور ما في حدوث هذا الاضطراب لأنه يأخذ بوجهة النظر القائلة بانه يمكن باستمرار توضيح المسببات النفسية للاضطربات العضوية Organic disturbances .

الأسباب النيوفسيولوجية :

يقرر روانا وليامز (1974 : 41-42) Williams أن نسبة الإصابة باللجلجة بين الذكور أكبر من الإناث بالرغم من أنهم يبدءون تعلم الكلام تقريبا في مرحلة عمريه

---

(١) الأيض : هي التفاعلات الكيميائية التي تتم داخل الخلايا الحية لإنتاج الطاقة اللازمة للنشاطات الحيوية (محمد بهاني السكري ، ١٩٨٧ : ٤٠) قاموس طبي ، مصطلحات أساسية ، القاهرة ، دار الكتب المصرية .

واحدة . لكن عيوب النطق والكلام تعتبر أكثر شيوعا بين الذكور بالمقارنة بالإناث حيث تصل النسبة من (١ - ٣) إلى (١ — ٨) .

وترجع ظاهرة انتشار اللجلجة بين الذكور بالذات إلى أن عملية تكوين الغمد النخاعي Myelinization تتم بشكل أفضل لدى البنات ، هذا بالإضافة إلى أن تكوين الغمد النخاعي تتم في السنة الثالثة أو الرابعة من العمر وعادة ما تظهر اللجلجة لدى الأطفال في هذه المرحلة العمرية بالذات .

وعملية تكوين الغمد النخاعي هي عبارة عن تغطية المحاور العصبية بغطاء واق ، حيث لوحظ أن المحاور العصبية المغطاة تستطيع نقل النبضات بكفاءة وسرعة إلى مراكز الكلام بالمخ بالمقارنة بالمحاور التي لم يكتمل تغطيتها وهذا يؤدي إلى تدفق إنتاج كلام يتميز باختلال الإيقاع والتكرار والتقطع .

(Berry and Eisenson, 1956 : 573)

كما أوضحت نظرية عضوية أن للمتلجلجين نوع منحرف من الإدراك السمعي والذي بواسطته يسمعون كلامهم بتأخير جزء من الثانية وهذا مبني على الملاحظة التي ترى أن المتكلمين الطبيعيين يلجلجون غالبا عندما تتأخر التغذية المرتدة السمعية .

والتغذية المرتدة السمعية Auditory Feedback تعمل على تسهيل وتنظيم دورة الكلام وإعادة الدورة لوحدات الكلام في دائرة التغذية المرتدة السمعية وأن تأخير التغذية المرتدة يعمل على تكرار وحدات الكلام كما تؤدي إلى اضطرابات الكلام بصورة عامة . (Yates, 1970 : 110)

وبناء على هذا يفترض شيري وسايزر (١٩٨٥ ، ٢٧٥) أن عملية إخراج الكلام تحتوي على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة التي يراقب بها المتكلم صوته ويراجعه وعندما تتأخر تلك التغذية المرتدة يحدث تكرار للصوت ويميل إلى الاستمرار لا إراديا .

وتختلف وجهة نظر دومينيك (592 : 1959) Dominick حيث ترى أنه لا توجد محاولات ناجحة للوصول إلى اصل اللجلجة من خلال الفحوص الجسمية والدراسات المعملية والبيوكيميائية ، ولم توضح الاختبارات العصبية للمصابين باللجلجة تورط العصب العضلي المحيطى او اي اضطراب باثولوجي pathogogical disturabances لأعضاء الكلام ، ولقد اظهر جهاز رسم موجات الدماغ انه لا يوجد شكل محدد للجلجة فلقد اظهر فقط أن المتلجلج يعتبر شخصا خجولا متوترا ولديه بعض القصور في الكيان الحركي كما اتضح ان هذا الاختلاف يبدو انه يرجع إلى الاضطرابات الانفعالية .

لذلك ترى دومينيك ان السبب في ظهور اللجلجة يكون تركيبة من عوامل عضوية نفسية تحدث في نفس الوقت تقريبا منها :

١- الافتراض بوجود أسباب صحية تعرض الفرد لاختلال انفعالي واضطراب لفظي وحركي .

٢- الضغوط الوالدية التي تركز على الاختلال العضوي وتؤثر فيه أثناء محاولات الفرد التعبير عن ذاته .

نظرية استمرارية اللجلجة **perseverative theory of stuttering**

هذه النظرية لا تعتبر نظرية عضوية Organic theory مثل نظرية ويست ولكنها تفترض وجود عنصر اساسي وهام يؤدي إلى حدوث اللجلجة .

يفترض جون ايزينسون (223 : 1958) Eisenson أن العامل الأساسي الذي يفرق بين المتلجلج وغير المتلجلج هو مجموعة من العوامل التكوينية constitutional بمعنى ان المتلجلج تكون لدية مجموعة من الأنشطة العقلية او الحركية تؤدي الى قابلية الاستمرار لأعراض اللجلجة مدة أطول دون القدرة على التعبير حتى بعد اختفاء المثير ولهذا ينظر الى اللجلجة على انها نشاط مستمر.

٢ـ تفسير اللجلجة تبعا لعوامل نفسية :

تفسير مدرسة التحليل النفسي لظاهرة اللجلجة :

يرى علماء النفس الذين ينتمون لهذه المدرسة ومنهم أتوفينخل (١٩٦٩) أن التحليل النفسي لمرضى اللجلجة يكشف عن عالم الرغبات الاستية السادية كأساس لهذا المرض حيث أن وظيفة الكلام لدى المتلجلج لها دلالة استية سادية عند المتلجلج وهذا يعني أن الكلام يمثل :

أولا : إخراج الكلمات البذيئة وخاصة الأستية .

ثانيا : فعل عدواني موجها للسامع أي رغبة في إيذاء الخصم .

أما بالنسبة لكون الكلام هو فعل عدائي موجه للمستمع حيث يعتقد أن المتلجلج غالبا ما يبدأ في اللجلجة عندما يكون متحمسا لإثبات شئ ، ولكن وراء هذا الحماس يكون هناك نزعة عدوانية أو سادية المراد بها تدمير خصمه بالكلمات .

ولهذا يعتقد أن درجة اللجلجة تشتد وتزداد لدى المتلجلج أثناء وجوده مع شخصيات كبيرة ممثلة للسلطة ، أي في حضرة ووجود والديه .

ولهذا يرى أتوفينخل (١٩٦٩ ، ٥٣٠ - ٥٤٠) أن هناك ثلاث حفزات تلعب دورا في ظهور عرض اللجلجة وهي :

١ - الحفزات التذكرية :

يتضح الدور الذي تلعبه الحفزات التذكرية من ارتباط وظيفة الكلام بالوظيفة الإنسانية لا شعوريا خاصة الوظيفة الإنسانية المذكرة وهذا يعني أنه إذا تكلم المرء فهو مقتدر جنسيا والعجز عن الكلام يعني الخصاء ، وبذلك يمكن ترجمة الصراعات التي تدور حول فكرتي القدرة الجنسية والخصاء في ظهور عرض اللجلجة .

٢ - الحفزات الفمية :

هنا يوضح أن الكلام في معناه وظيفة فمية تنفسية واللذة الشبقية في الكلام هي في ذاتها شبقية فمية تنفسية ، واضطرابات الكلام ترجع إلى ما يتعرض له الليبدو الفمي التنفسي ، وهذا يعتبر عاملا هاما في نشأة هذه الاضطرابات ، وأحيانا ما تعني الكلمات التي ينبغي والتي لا ينبغي النطق بها في أعمق مستوى الموضوعات المستدخلة فالمتلجلج يحاول لا شعوريا ليس فقط أن يقتل بالكلمات بل انه يميل إلى قتل كلماته لأنها تمثل موضوعات مستدخلة .

٣ - الحفزات الاستعراضية :

ترجع أهمية الحفزات الاستعراضية إلى وجود الصلة بين اللجلجة والطموح ويظهر هذا في الحالات التي يكون فيها الكلام في الجمهور هو وحده الذي يطلق العرض بمعنى أن اللجلجة القاصرة على الكلام في الجمهور تشبه الأعصبة الأخرى التي تقوم على أساس نزعات استعراضية تم كفها من قبيل (رهبة المسرح - المخاوف الاجتماعية) فالممثل عندما يشعر برهبة المسرح يمكن ألا يقف الأمر به إلى حد النسيان ، بل يبدأ بالفعل يتلجلج ، وفي هذه الحالة اللجلجة تعني لا شعوريا توقف عن الكلام قبل أن تقتل أو تخص الآخرين . وتتفق وجهة نظر ترافيز (1956) Travis مع نظرية التحليل النفسي حيث يرى أن اللجلجة هي عبارة عن إعلان عن دوافع لا شعورية قوية strong unconscious motives يخجل منها المتلجلج خجلا عنيفا ، ويقع الكبت على التعبير اللفظي عن هذه الدوافع وربما يقع على كل الكلمات والجمل خشية أن تفضي هذه الدوافع ، وعندما يتلجلج الفرد فإن أعاقته الكلامية هذه تمثل حاجزا لما يعتقد أنه يحاول قوله شيء آخر يلح في الخروج على شكل تعبير لفظي سيكون غير محتمل بالنسبة له لو أنه نطق به .

* تفسير المدرسة السلوكية لظاهر اللجلجة بوصفها سلوكا متعلما :

Stuttering as learned Behavior

يقبل مؤيدو وجهة النظر القائلة بأن اللجلجة ما هي إلا شكل من أشكال السلوك المكتسب بالتعلم ، فهم يقبلون بصفة عامة الفرضية التي تقول بأن اللجلجة اضطراب كلامي Speech disturbance من الممكن أن يحدث لأي فرد ، وقد ذكر ونجل جونسون (1955) Johnson وهو أحد مؤيدي وجه النظر هذه البارزين بأنه يؤكد على أن من يسمون بالأطفال المتلجلجين هم في الحقيقة أطفال عاديون ولذلك يعرف جونسون اللجلجة بأنه رد فعل لتجنب يتسم بالتوقع والخوف والتوتر الشديد. ثم يستطرد مفسراً ذلك بقوله : أن اللجلجة هي ما يفعله المتكلم عندما يتوقع أن تحدث اللجلجة .

- يرهبها (يخافها)
- يصبح متوترا توقعا لحدوثها
- يحاول أن يتجنبها وما يفعله المتلجلج في محاولة منه لتجنب اللجلجة يتساوى مع توقف الكلام كليا أو جزئيا.

ويفسر جونسون بداية اللجلجة في الأطفال بأنها تنشأ عن تقدير خاطئ لعدم الطلاقة العادية فجميع الأطفال تقريبا يتعثرون في الكلام أحيانا والآباء الذين يفسرون - خطأ - عدم الطلاقة العادية على أنها لجلجة ويظهرون عناية وقلقاً بكلام أطفالهم ، ومن المحتمل أن ينتقل هذا القلق إلى الأطفال ، وعندما يصبح الطفل واعيا بقلق الوالدين بخصوص كلامه ، ثم يبدأ هو نفسه في المعاناة من القلق والتخوف من مواقف الكلام الذي يؤدي إلى اللجلجة ، هنا تبدأ عمليه اقتران الحالة الانفعالية والقلق والخوف بمواقف الكلام التي تعمم لبقية المواقف المشابهة لتصبح اتجاها مزمنا chronic attitude ونمطا معتاداً لدى الطفل .

وهناك وجهة نظر أخرى ترى أن اللجلجة قد تعزز وتبقي عن طريق وجود بعض المكاسب الثانوية ؛ فالطفل قد يستمتع بشدة برد الفعل الذي تؤدي إليه اللجلجة ،

فمثلا قد يعفي من تسميع الدرس في الفصل ، او قد يستمد فوائد مادية أخرى من إعاقته الكلامية speech impediment ولذلك فقد تكون اللجلجة لبعض الوقت مجزية بالفعل اكثر منها مؤلمة . (Berry and Eisenson, 1956 : 271-273)

* نظرية توقع اللجلجة " ويسكنر " An Expectancy Theory of stuttering

هذه النظرية تمثل إسهاما فعالا في البحث العام الشامل الذي تتبناه عدة نظريات إلى منحى آخر يختلف - إلى حد ما - مع ما سبق حيث يركز ويسكنر wischner على دراسة واحدة من أهم الملاحظات البارزة التي تدور حول تعديل اللجلجة وهى التي تسمى الأثر المتوقع Anticpation Effect

يقدم جورج ويسكنر (66 : 1956) Wischner نظريته بناء على الفروض التالية :

أولا : يتم تدعيم سلوك اللجلجة لارتباطه بانخفاض نسبي لمستوى التوتر والقلق المصاحبين لإزالة الخوف من الكلام . حيث افترض ويسكنر أن الكلمة التي تبعث الخوف تبرز حالة من التوقع (القلق) ، وحدوث اللجلجة في الكلمة يدعم بسبب انخفاض التوتر المصاحب لاستكمال الكلمة التي قد واجه الفرد صعوبة في نطقها .

ويؤكد هذا الافتراض على إمكانية وجود الحلقة المفرغة Vicious في سلوك اللجلجة والتي فيها يؤدي حدوث اللجلجة إلى انخفاض القلق والتوتر الذي استدعى بواسطة المثير (الكلمة المتوقع أن يحدث بها لجلجة) ، وبالتالي يحدث تدعيم متوالي لسلوك اللجلجة.

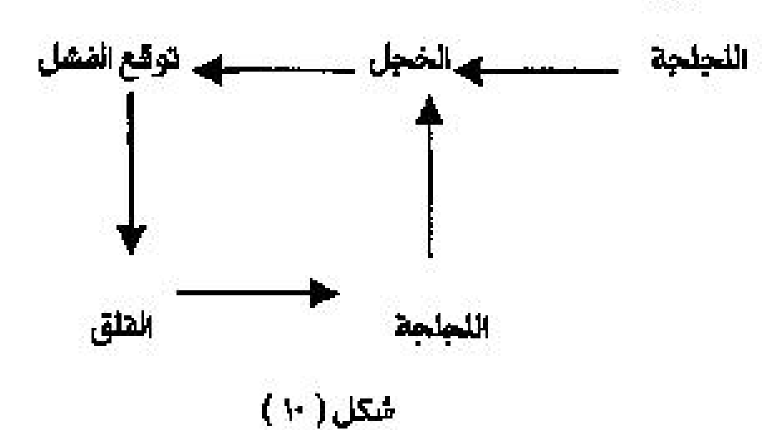
ثانياً : يظهر المتلجلجون انماطا مختلفة من سلوك الأحجام ، وهذه السلوكيات تعتبر مرتبطة بدرجة كبيرة بالكلمة ذاتها ، بمعنى أن المتلجلجين يتعمدوا تنمية مفردات لغوية واسعة وعندما يأتي المتلجلج إلى الكلمة التي يخشاها يغيرها بكلمة أخرى بديلة .

ويضيف ويسكنر ان المتلجلجين يظهرون انماطاً من سلوك الأحجام أيضا تجاه بعض مواقف الكلام للمواقف الاجتماعية بصورة عامة .

حيث يتم تدعيم سلوك الاحجام عن طريق آلية تخفيض القلق ويستطرد ويسكنر موضحا أن الكلمة أو الموقف الذي يبرز القلق ، وبالتالي يعود إلى السلوك الاحجامي لتجنب المثير (الموقف الخطير) ، هنا نجد أن انخفاض القلق المصاحب للهروب من المواقف التي يخشاها المتلجلج تدعم السلوك الذي يؤدي على الهروب .

ثالثا ، أن ظاهرة التوقع في سلوك اللجلجة تعني الاعتقاد بوجود ميكانيزم لدى المتلجلج ، يتم بناءه وتدعيمه ليس على أساس انخفاض القلق والتوتر بل على أساس تأكيد صحة التوقع ، والميكانيزم في هذه الحالة يتم وصفه في خيال المتلجلج كتأكيد ذاتي Self-Verification لتوقع اللجلجة .

يعتبر ك . موراى وآخرون . (145 : 1987) Murray et al من الذين اهتموا بفكرة التوقع كعامل مؤثر وهام في حدوث اللجلجة. حيث يؤكد أنه بالرغم من كثرة النظريات التي حاولت تفسير ظاهرة اللجلجة والتي تتراوح بين التفسيرات التي اعتمدت على الأسباب النفسية هي المسئولة عن تلك الظاهرة . إلا أنه يستطرد ويقول بغض النظر عن سبب اللجلجة فإن فكرة توقع اللجلجة هي التي تؤدي بالفعل إلى حدوث اللجلجة لأن الفرد عندما يتوقع حدوث صعوبات في الكلام يصبح قلقا إزاء العملية الكلامية ، قبل بدء محاولة الكلام . وبذلك يرى أن توقع الفشل يؤدى إلى القلق ، ومن ثم يؤدي إلى اللجلجة وهذا ما يطلق عليه بالحلقة المفرغة Vicious Cycle ويوضح الشكل رقم (١٠) ما سبق .



شكل (١٠)

ومما يؤكد لنا ارتباط حدوث اللجلجة بالتوقع وما يصاحبه من قلق وخوف ما يقرره وفاء البيه (١٩٩٤ : ١٤٠٦) من ان رنين أصوات الكلمة المنطوقة يتأثر بالحالة الفسيولوجية والنفسية للفرد ، حيث أن هناك ارتباطا وثيقا بين العامل الفسيولوجي والعامل النفسي وكيفية تأثر كل منهما بالآخر .

ويستطرد وفاء البيه موضحا أن الانفعالات المختلفة مثل الخوف والقلق والحزن ... الخ من الانفعالات العميقة تؤثر على فسيولوجية الجهاز العصبي والجهاز التنفسي ، كما تؤثر ايضا على فسيولوجية اعضاء النطق ، والحجرات الصوتية ورنين أصوات الكلمة المنطوقة .

ويوضح الرسم رقم (١١) اثر الانفعالات المختلفة على فسيولوجية اجهزة واعضاء الجسم التي تعمل عند إصدار رنين الكلمة المنطوقة بعناصرها الأساسية وهي المعني واللحن والانفعال .

معنى

لحن

الجهاز العصبي

مراكز الحركة والإحساس والإنفعالات والذاكرة والتفكير

مركز

مركز السمع

مركز التفكير

جهاز التنفس

الانفعالات

جهاز الحنجرة والثنايا الصوتية

الأذن

أعضاء النطق والممرات الصوتية

رنين الكلمة المسموعة

رنين الكلمة المنطوقة

معنى - لحن - انفعال

شكل رقم (١١)

نموذج يوضح مدى تأثير الانفعالات المختلفة عند إصدار رنين الكلمة المنطوقة والمسموعة بعناصرها الأساسية وهي المعنى واللحن والانفعال

(وفاء محمد البيه، ١٩٩٤ : ١٤٠٢)



نظرية الصراع : Conflict theory of stuttering

ينطلق المبدأ الأساسي الذي تقوم عليه هذه النظرية من توقع المتلجلج للصعوبات في نطق الألفاظ والمجهودات التي يبذلها من أجل إخفاء نقص الطلاقة لديه ، وتكون هذه المجهودات ذاتها هي المثيرة أو الباعثة على حدوث اللجلجة بمعنى أن القلق الذي يصاحب الاستعداد للكلام هو الذي يؤدى إلى حدوث اللجلجة .

ولقد اتخذ شيهان (Sheehan (1958 : 125 -126 من منحى صراع الإقدام المزدوج لميلر Millers Double approach-avoidance أساساً لتفسير نظريته في تفسير اللجلجة فيقدم لنا افتراضين رئيسيين :

١- تحدث اللجلجة عندما يصل كلا من الميل إلى أسلوب الكلام - موضوع الصراع - والميل إلى الإحجام عن الكلام إلى مستوى التوازن .

٢- بظهور اللجلجة يقل الإحجام الدافعي للخوف Fearmotivated avoidance ويتحرر المتلجلج من العائق الذي يؤثر على عملية الكلام .

وبذلك نجد أن شيهان يرى أن صراع الإقدام - الإحجام المزدوج Double approach avoidance يمثل أساس مشكلة اللجلجة حيث يتضمن كلا من موضوعي الكلام والصمت قيمة إيجابية وأخرى سلبية ، بمعنى أن المتلجلج يجد نفسه بين اختيارين أحلاهما مر حيث يكون لدى المتلجلج الدافع إلى الكلام لتحقيق التواصل اللفظي مع الآخرين ، وفي الوقت نفسه لديه دافع الإحجام عن الكلام حيث يتوقع مقدما ما تسببه له عدم طلاقته من خجل وشعور بالذنب .

كما يرغب المتلجلج في أن يكون صامتا محاولا إخفاء نقص الطلاقة ، وأيضا يرغب في ألا يكون صامتا لأن الصمت يؤدي إلى الشعور بالإحباط والذنب Frustration and guilt وبذلك يصبح المتلجلج ضحية للشعور بالعجز والخوف ويتولد القلق الذي يحول بينه وبين طلاقة لسانه .

قدم جوزيف شيهان (Sheehan (1958 : 136,137 خمس مستويات من الصراع الذي يؤثر على طلاقة الكلام وهي :

١ – الصراع المرتبط بمستوى الكلمة word-level

هنا يكون صراع للتلجلج (كرغبة في الكلام ورغبة في الصمت) خاصة مع بعض الكلمات بالذات نتيجة ارتباطها ببعض صعوبات النطق التي سبق أن اكتسبها للتلجلج من خبراته السابقة .

٢ - الصراع المرتبط بالمحتوى الانفعالي Emotional content

يرتبط الصراع بمضمون أو محتوى الكلام لما يتسبب عنه أحيانا من ضغط نفسي يؤثر على المستوى الانفعالي للمتلجلج .

٣ - الصراع المرتبط بمستوى العلاقة Relationship level

يلاحظ أن الصراع هنا مرتبط بنوعية علاقة للتلجلج بالمستمع حيث يزداد دافع الإحجام عن الكلام لدى بعض الأفراد دون غيرهم .

٤ - الصراع المرتبط بالمواقف التي تحمل تهديدا لحماية الأنا ego-protective

ففي مثل هذه المواقف التي يتم فيها تقدير المتلجلج إما بالنجاح أو الفشل ، نلاحظ أن الضغط النفسي وما يتبعه من قلق وخوف يزداد ويتولد الصراع الذي يحول بين للتلجلج وطلاقة اللسان .

٤ـ تفسير اللجلجة تبعا للعوامل البيئية الاجتماعية :

من الملاحظ أن كثيراً من المهتمين بدراسة اللجلجة أرجعوا هذه الظاهرة إلى عوامل بيئية .

فيعتقد إدوارد كونتر (164 - 163 : 1982) Conture أن البيئة التي ينشأ فيها الأطفال خاصة المحيط الداخلي والخارجي للأسرة وما يتعرض له الطفل من ضغوط تؤثر على قدراته اللغوية. ويستطرد كونتر موضحا أن بيئة الطفل

الاجتماعية والمنزلية خاصة الوالدين لا يسببون اللجلجة بأنفسهم ولكنهم يساهموا في الحفاظ عليها وتطورها من مراحلها الأولية إلى مرحلة اللجلجة الحقيقية .

فقد يجد الطفل بعض الصعوبات الكلامية في بداية تعلمه للكلام بين الثانية والرابعة من العمر ، وهى الفترة التي يلاقي فيها الطفل عادة بعض المتاعب في السيطرة على مهارات الكلام ، هنا نجد الوالدين غالبا ما يبدون تصريحات ضمنية أو صريحة وبذلك ينقلون إلى أطفالهم تسامحهم تجاه بعض الانحرافات الكلامية في إنتاج الكلام ، مثل التعبير اللفظي غير الدقيق ، أو أبنية لغوية دون المستوى ، أو درجة التحلق ، أو الترددات في الكلام ، أو أفكار غامضة وغير ملائمة .

ويعتقد كونتر أن القضية ليست الأمور المحددة التي يتناولها الوالدين بالنقد بشكل صريح أو ضمني ، ولكن الحقيقة أنهم وبطريقة روتينية يصححون ، أو يعاقبون ويظهرون استيائهم وعدم تسامحهم إلى آخره من الأفعال التي تؤثر على قدرات الطفل الكلامية وعلى نظرته إلى نفسه .

ويتفق أوليفر بلودشتين (Bloodstein (1986:573 مع ما سبق حيث يرى أن الكلام النامي للعديد من الأطفال يتسم ببعض مظاهر عدم الطلاقة حين يتلمسون الطريق إلى الكلمة الصحيحة . هنا ينتقد الآباء تلك العلامات الطبيعية للكلام النامي بتحذيرات متنوعة ، والأسوأ أنهم يحاولون تدعيم عدم الطلاقة بتسميتها خطأ لجلجة ، وهذا التداخل الوالدي يربط اللجلجة بمشاعر الخوف والقلق مما يجعل الطفل متلجلجا حقيقيا.

وأضاف بلودشتين أن هناك العديد من البحوث لدراسة هذا الاضطراب المحتمل ومن ثم تم التوصية بضرورة إيجاد وسيلة للتخلص منه عن طريق الإرشاد الوالدي للمساعدة في تخفيض عدد المصابين باللجلجة .

كما يعتقد بيرى وايزنسون (Berry and Eisenson (1956 أن تلك الصعوبات التي تقابل الطفل في مراحله المبكرة من النمو عندما يحاول الطفل التعبير

عن مشاعره وأفكاره . لفظيا ، وقد يواجه الطفل بمنافسة كبيرة من قبل الكبار الذين يفوقون الطفل ليس في قدراتهم فقط بل وفي سلطاتهم ايضاً

وبرغم هذا التأثير السلبي فإن معظم الأطفال يستطيعون تخطي هذه المرحلة دون ان يصيب كلامهم ضررا أو ربما القليل من الضرر ولكن نجد أن قلة منهم لا يستطيعون تحمل هذه الضغوط والتطلبات التي تقع على عاتقهم

ومن ثم فمن المحتمل ان يكونوا من بين أولئك الذين يصبحون متلجلجين ، وقد يتميز هؤلاء الأطفال عن أولئك الذين لا يصبحون متجلجلين في النقاط التالية :

- عدم القدرة على تحمل الإحباط **Tolerance Frustration**

- قد تكون بيئة الطفل من البيئات التي تعمل دائما على مقاطعة كلامه .

- قد يكون لديهم استعداد بنيوي **constitutional predisposition** لعدم الطلاقة أو اللجلجة .

- قد يكون اباء هؤلاء الأطفال ممن يسيئون تقدير كلام لطفالهم أو يكون رد فعلهم تجاه عدم الطلاقة قلقا مبالغا فيه،او عقابا ، أوكليهما أو يكون هؤلاء الأطفال ممن يتولد لديهم صراع انفعالي داخلي **Underlying Emotional Conflict** بسبب عدم الطلاقة .

أو ربما يكونون ضحية لعدد من العوامل السابقة .

كما تعطي باربارا دومينيك (953 - 951 : 1959) **Dominick** اهمية كبيرة لنوعية المناخ الأسري المحيط بالطفل على تقدير أنه يسهم بطريقة مباشرة في ظهور اللجلجة لدى الأطفال فتقرر ان البيئة التي ينمو فيها التلجلج تعتبر متشابهة في طبيعتها للبيئة التي ينمو عليها الأشكال العصابية ولكنها تختلف فيما يتعلق بنوعية ودرجة خبرات الفرد واستجاباته نحو خلفية بيئة معينة .

وحيث أن الفرد يميل دائما إلى تحقيق الذات وتنمية البناء الفردي **Constructive individual growth** فبإعطاء الطفل الفرصة لنمو صحي ، فإنه

يمكنه من أن ينموا نموا طبيعيا ، فالأفضل ان تتضمن البيئة مشاعر أصيلة من الحب والود والاحترام حيث ان الطفل محتاج لأن يشعر انه مرغوب ومحبوب ومطلوب ومحتاج لكي يشعر بالانتماء.

فإذا حدث نقص في تلك المتضمنات فإن حالة من عدم الاتزان الانفعالي تتولد لدى الطفل ويشعر الطفل بالضعف وعدم الأمان وقد تكون تلك هي النقطة الأساسية التي تدور حولها مصاعبه مع زيادة الشعور بالإحباط **frustrations** ويتولد لديه الشعور بخيبة الأمل .

فالسبب في حرمان الطفل مما يكفيه من الحب والحنان قد يكمن في عدم قدرة الوالدين على توصيل كمية الحب والدفء اللازمة للطفل بسبب مشاكلهم الخاصة ، وقد يتمثل هذا في شكل الإهمال والنبذ لطفل غير مرغوب فيه أو التعبير عن ذلك علانية ، ففي حالة الطفل المصاب باللجلجة نجد ان مثل هذه العوامل البيئية تبدأ في سن مبكرة عادة بين (٣ — ٤) سنوات فتؤدي إلى ضعف الأنا لدى الطفل ، وتولد لديه القلق والشعور بالعجز والعداء .

ونتيجة لشعور الطفل بكونه مهددا فإنه سيكون عاجزا عن تنظيم قواه الداخلية بشكل مناسب ليعيد نظام شخصيته المضطربة كما ان انشطتهم العقلية والبدنية تعتبر مضطربة بشكل مستمر بسبب عدم تحكمهم في ردود افعالهم ويظهر هذا الاضطراب في شكل تردد وعدم اتساق ليس فقط في الكلام ولكن في اشكال اخرى عديدة من النشاط النفسي الحركي .

كما يؤكد اوليفر بلودشتين (1986:573) **Bloodstein** على اهمية العوامل الاجتماعية كمؤثر هام في ظهور هذا الاضطراب . حيث يقرر ان هناك تقارير تثبت أن اضطراب اللجلجة نادرا ما يحدث في المجتمعات البدائية وهى غالبا ما تكون مرتبطة بالمجتمعات المتحضرة التي يتعرض الأطفال فيها لكثير من الضغوط من أجل النجاح .

ولقد ذكر فان ريبر (١٩٧٢) بعض الضغوط الشائعة التي يعتبرها من العوامل الهامة المسببة للتمزق اللفظي **fluency distruption** مثل :

- عدم القدرة على تذكر الكلمات المناسبة appropriate words مثل ان يقول (ماما هناك طائر بالخارج انه ... آه ... آنه . . . انه .. . انه يمسح ذيله في التراب he..he..he..he he wash .

- عدم القدرة على النطق أو الشك في القدرة على الصياغة ability of articlation حيث يتعثر النطق عندما تكون الأصوات والكلمات غير مألوفة.

- الخوف من العواقب السيئة للموقف الاتصالي مثل رفض الطلب،الصدمة ، توقيع عقاب اجتماعي ، الاعتراف ، الخوف من التعرض للوم الاجتماعي .

- عندما يكون الموقف غير سار مثل التألم من جرح ، الشعور بالظلم ، توقيع عقوبة. حيث تؤدي إلى تردد في الكلام مثل أنا ... ق ... قط ... قطعت أصبعي ... أنه جر ... جر ... جرح غائر.

- شعور المتلجلج بأنه هناك تهديدا بالمقاطعة من جانب المستمع ، إذ يعتبر من أهم العوامل التي تؤدي إلى اللجلجة ، كما يؤدي إلى الشعور بالإحباط .

- شعور المتلجلج بفقدان انتباه المستمع .

إذا تحول انتباه المستمع إلى شئ آخر ، فيقع المتلجلج في صراع ، هل أكمل حديثي أو لا ؟ وإذا فعلت فهو لا يسمعني .. أو أنه حتى نسى ما كنت أتكلم بشأنه... وإذا لم أفعل ... ربما أبدا ... ممكن .

(Hood, 1978 : 539.540)

كما أكد ميريل مورلي (Morley (1972 : 444.445 على أهمية الأسباب البيئية كعامل مؤثر وهام في حدوث اللجلجة حيث وجد أن المناخ المنزلي غير السعيد وغير الآمن يساهم بل ويؤثر على طلاقة التعبير لدى الأطفال ، أو عندما يطلب من الطفل استخدام اليد اليمنى بدلا من اليسرى فقد يؤدي إلى الشعور بالإحراج ، ويصبح الطفل ضحية للإحساس بالعجز والخوف المستمر من العقاب بسبب الفشل في استخدام اليد المطلوبة مما يجعله عرضة للإصابة باللجلجة .

ولقد ذكر ميرلي مورلي Morley العوامل البيئية والشخصية التي من الممكن أن تؤدي للجلجة مثل :

١ - الصدمة المفاجئة Sudden shock

فلقد وجد من خلال سجلات بعض المتلجلجين أن هناك ارتباط بين حدوث صدمة شديدة أو خبرة مخيفة في مرحلة الطفولة وبين ظاهرة اللجلجة لدى هؤلاء الأطفال .

٢ - الوعي بالكلام Speech conciousness

قد يثير الوعي الذاتي Self Conciousness المتعلق بالكلام بداية اللجلجة مثل أن يطلب من الطفل أن يروي قصة في وجود أفراد غرباء أو أثناء احتفال مدرسي وقد يحدث تعليق على طريقة الطفل سواء بالمدح أو السخرية ، ومع أن البعض يستجيب برضا لكن البعض الآخر قد يصبحون مدركين لذواتهم بإفراط ، ويؤدي ذلك إلى إعاقة كلامهم .

٣ - تصحيح العيوب التعبيرية correction of defective articulation

وهي محاولة من قبل الوالدين أو المحيطين بالطفل لتصحيح عيوب الطفل الكلامية أثناء عملية نمو الكلام وقد تؤدي تلك المحاولات إلى شعور الطفل بالإحباط والخوف الدائم من الفشل في الكلام .

٤ - التقليد Imitation

إن الطفل الصغير نادرا ما يدرك عدم الطلاقة اللفظية ولذا فقد يقوم بتقليد لجلجة طفل آخر وقد تحدث لجلجة الطفل نتيجة تقليد لا شعوري لكلام الأب أو طفل آخر في الأسرة يتسم باللجلجة خاصة عندما يوجد استعداد وراثي لذلك .

ولهذا يرى مورلي (Morley (1972 : 444،445 أن تلك العوامل السابقة قد تساهم في نمو تدريجي للجلجة ويروي مورلي قصة أحد المرضى البالغين الذي يتكلم عن بداية لجلجته كالتالي فيقول المريض :

قبل دخولي المدرسة لم أصب بأي إعاقة كلامية ، فقد كنت قادرا على الكلام دون أي صعوبة ، وكنت ادهش الجميع حينما أقرا كتابا كاملا من الأغاني المدرسية ، وكان كلامي سليما مثل أي طفل آخر .

وذات يوم حضر المدرس لأخذ الحضور والغياب بالفصل وبدأ ينادي على اسمي كنت عاجزا عن الإجابة للأسف ذاكرتي ليست قوية لأتذكر كيف كان رد فعلي فيما بعد ، لكن المدرسة اكتشفت أني موجود فاحرجتني في مواجهة الفصل، وسالتني عن سبب عدم إجابتي على اسمي ، فشعرت بالحرج ، ولم استطع الرد ، ومن يومها بدأت التلجلج .

ويفسر مورلي Morley ذلك بانه حدث ضغط نفسي شديد أدى إلى اللجلجة مثل ما يحدث للجنود أثناء فترات الحروب نتيجة للضغوط النفسية الشديدة حيث كان يؤدى إلى حدوث انهيار في الطلاقة اللفظية.

النظرية التشخيصية في اللجلجة : جونسون

Diagnosognic Theory of stuttering Johnson

نظرية جونسون التشخيصية من أهم النظريات التي اهتمت بالعوامل الاجتماعية وجعلتها على جانب كبير من الأهمية على افتراض أن اللجلجة ظاهرة تشخيصية

ويقدم وندل جونسون (62 : 1956) Johnson نظريته على افتراض أن اللجلجة تبدأ عند التشخيص من قبل المحيطين بالطفل حيث يفترض أن معظم الأطفال عادة ما يعانون في بداية تعلمهم للكلام من أنماط الكلام غير العادية ولكن هناك بعض العوامل التي تساعد أو تؤدي إلى تطور هذه الأنماط ولتصبح لجلجة حقيقية.

ولقد حاول جونسون Johnson التأكد من صحة نظريته فاجرى بعض الدراسات على بعض الأطفال المتلجلجين وسؤال أولياء أمورهم عن المظاهر المبكرة

لصعوبات الكلام لدى أطفالهم ، ولقد توصل إلى أن هؤلاء الأطفال الذين يعانون من عدم الطلاقة هم أطفال عاديون بشكل عام ، وأن ما شخصه الوالدين على أنه لجلجة حقيقية لم تكن إلا اضطرابات عادية .

ولكن قلق الوالدين على كلام الطفل بشكل مبالغ فيه وحرصهم على تصحيح أخطاء الكلام لفت انتباه الطفل إلى أن كلامه غير طبيعي وبالتالي تولد لدى الطفل القلق والخوف من مواقف الكلام ، بل ويحجم عنها تحسبا وتوقعا للفشل ، هنا تصبح لجلجة الطفل لجلجة حقيقية .

ومن هذا المنطلق بنى جونسون نظريته، حيث تضمنت ثلاث افتراضات :

الأول : اعتبار الطفل متلجلجا من قبل احد الوالدين أو المحيطين بالطفل

الثاني : تشخيص الوالدين لكلام الطفل على انها لجلجة بينما هي صعوبات كلامية تصيب معظم الأطفال .

الثالث : ظهور ونمو اللجلجة الحقيقة True stuttering بعد التشخيص .

ويؤكد بيري وايزينسون (Berry and Eisenson (1956 : 283 على هذا الرأي بقولهما أن الوالدين أو المحيطين بالطفل عامة عليهم ان يستمعوا لأطفالهم دون إبداء رد فعل مبالغ حتى لو كان كلام الطفل لجلجة اولية (عادية) فيجب أن يتحلى الوالدين بالصبر ، وان يتقبلوا طريقة كلامه ، والا يقاطعا الطفل او يامراه بان يبطئ أو يسرع في كلامه ، وإنما يجب إعطاءه الفرصة للطفل ، لأن يتكلم باي أسلوب يكون قادرا عليه حتى لا يشعر الطفل بقلق المحيطين حوله على طريقة كلامه ، لأن هذا من شانه جلب الخوف والقلق للطفل وبالتالي تصبح هذه الإعاقات الكلامية محتومة .

تعقيب

وكما يقول فرانسيس فريما (675 : 1982) Freema فإن وجود عدد كبير من النظريات المتنوعة التي تشرح السلوك نفسه قد يسبب اضطرابا ، ولكنها تعتبر قابلة للفهم ، واللجلجة باعتبارها ظاهرة متعددة الوجوه فإن الرجال الذين كتبوا عن اللجلجة لا يختلفون عن الرجال الكفوفين الذين ذهبوا لرؤية الفيل ، ففي تلك الحكاية الرمزية الشهيرة فإن كل رجل قد عثر على جزء مختلف من جسم الحيوان العظيم ، لقد امسك احدهم بالذيل واقتنع ان الفيل يشبه الحبل ، واخر امسك بالجذع واعتقد انه مثل الثعبان ، ولقد لف ثالث ذراعيه حول الساق واعتقد ان الفيل يشبه الشجرة ، بينما الذي امسك بأحد اذنيه فقد ادرك ان الفيل يشبه للروحه الجلدية ، ولقد تتضمن كل تقرير أجزاء من الحقيقة ، وكلهم كانوا على صواب ، ولكن كلهم ايضا كانوا على خطأ ، فإن الرجال الذين كانوا يبحثون عن اللجلجة (والذين مازالوا يبحثون) لم يكونوا مكفوفين ، ولكن كل واحد منهم في مجاله ، فلقد تأثروا بدرجات متفاوتة من الملاحظة الثقافية ، التاريخية ، التربوية .

وترى المؤلفة انه بالرغم من الاختلاف الظاهر بين النظريات التي تحدثت عن ظاهرة اللجلجة (عدا النظريات التي فسرت اللجلجة على اساس جسمي) فلقد لوحظ ان هناك عاملا مشتركا بين الكثير من تلك النظريات ، الا وهو اعتبار عامل القلق والخوف كمسبب هام وحقيقي وراء حدوث اللجلجة ، او الباعث على حدوث اللجلجة اي ان القلق الذي يصاحب عملية الاستعداد للكلام هو المؤدي إلى حدوث اللجلجة ولهذا يؤكد شيهان Sheehan ان المصاب باللجلجة يعيش فترة صراع عنيفة فهو يريد أن يتكلم ليحقق التواصل مع الآخرين وفي الوقت نفسه يحجم عن الكلام مخافة أن يظهر عيبه الكلامي امام الآخرين ، وفي هذا تعبير عن حالة القلق والتوتر التي تعتمل داخل كيان المصاب ، وتؤدي في النهاية إلى حدوث اللجلجة.

وإذا ألقينا نظره سريعة على كتابات الذين اهتموا بالعوامل البيئية الاجتماعية كمسببات لحدوث اللجلجة فسوف نجد بعض العلماء يعطون أهمية كبيرة للمناخ الأسري الذي يعيش فيه الطفل .

وتشير باربارا دومينيك Dominick (1959) إلى ان بيئة المتلجلج تشبه إلى حد كبير بيئة الأطفال ذوي الاضطرابات العصابية ، فالبيئة التي لا تعطي للطفل ما يحتاج إليه من مشاعر الحب والاحترام تشعره بالضعف وعدم الأمان ، فيتولد لدى الطفل الشعور بالقلق والإحباط مما يؤدي إلى ضعف الأنا وبالتالي يصبح عاجزا عن تنظيم قواه الداخلية ، ويبدو الاضطراب وعدم الاتساق ليس في طريقة الكلام فحسب وإنما في شخصيته ككل .

ويذكر فان ريبر (1972) أن تعرض الطفل لضغوط نفسية شديدة من الممكن ان تؤدى إلى اللجلجة ، مثل توقيع عقوبة في مواجهة الآخرين ، أو السخرية من طريقة كلام الطفل ، أو التصحيح المستمر لعيوبه الكلامية من قبل الوالدين ، فتؤدي إلى الشعور بالقلق والخوف الدائم من الفشل في الكلام .

كما يعتقد ميريل مورلي Morley (1972) أن الضغوط النفسية التي يتلقاها الطفل عندما يطلب منه استخدام اليد اليمنى بدلا من اليسرى يؤدي إلى شعور الطفل بالإحراج ، ويصبح الطفل ضحية الشعور بالعجز حيث أن الخوف من حدوث اللجلجة يولد الكثير من الإعاقات تظهر في المواقف الإتصالية معبرة عن حالة القلق والتوتر التي توجد داخل المصاب باللجلجة .

ففي النظرية التشخيصية نجد ان جونسون (١٩٥٥) يفسر اللجلجة بقوله : هي ما يفعله المتكلم عندما يتوقع أن تحدث اللجلجة فيخاف ويصبح متوترا توقعا لحدوثها ويحاول تجنبها ومع محاولة التجنب يتوقف الكلام كليا او جزئيا ، ويفسر ذلك بان الأباء الذين يظهرون قلقا لكلام أطفالهم - عدم الطلاقة العادية - فقد تنعكس تلك المشاعر على الطفل ويصبح واعيا بقلق والديه بخصوص كلامه ثم يبدأ الطفل نفسه في المعاناة من القلق والخوف من مواقف الكلام .

وبالنسبة لنظرية التوقع التي قدمها ويسكنر Wischnner (1950) الذي يري ان تعزيز حدوث اللجلجة بسبب الاقتران الوثيق بتخفيض القلق والتوتر الذي يصاحب إطلاق الكلمة التي يخاف منها المتلجلج ، ومن المفترض ان هذه الكلمة المسببة للخوف تثير

حالة من التوقع (القلق) وان حدوث اللجلجة في الكلمة يتعزز بالإقلال من التوتر الذي يصاحب إطلاق الكلمة ، أي أن هذه اللحظة تعزز حدوث اللجلجة ، ومن ثم تؤدي إلى استمرار سلوك اللجلجة ، وهنا نجد ايضا ارتفاع نسبة القلق والتوتر والخوف من توقع ظهور للجلجة هو العامل الأساسي والهام في ظهور اللجلجة .

وإذا انتقلنا إلى نظرية الصراع لشيهان (1958) Sheehan نجد ان المبدأ الأساسي ينطلق من توقع المتلجلج للصعوبة التي ستقابله إذا ما بدأ في الحديث ، وان المجهودات التي يبذلها لإخفاء عيبه الكلامي تلك المجهودات ذاتها هي المثيرة والباعثة على حدوث اللجلجة اي ان القلق الذي يصاحب عملية الاستعداد للكلام هو المؤدي إلى حدوث اللجلجة ولهذا يؤكد شيهان أن المتلجلج يعيش فترة صراع رهيبة فهو يريد أن يتكلم ليحقق التواصل مع الآخرين وفي نفس الوقت يحجم عن الكلام مخافة ان يظهر عيبه الكلامي امام الآخرين وفي هنا تعبير عن حالة القلق والتوتر التي تعتمل داخل كيان الفرد وتؤدي في النهاية إلى حدوث اللجلجة .

رابعاً : تشخيص اللجلجة :

تشير الدراسات إلى ان بداية اللجلجة تظهر في حوالي ٩٨ ٪ من الحالات قبل سن العاشرة وتقريباً بين الثانية والسابعة من العمر ، وفي البداية يكون الطفل غير واع بمشكلة الاضطراب الكلامي ولذا يرى البعض ان اضطراب اللجلجة يمر بالمراحل التالية :

المرحلة الأولى :

يصعب على الطفل النطق أو التعبير بوضوح أو طلاقة عادية ولكن الاستجابة الكلامية تتسم بالبطء وبذل الجهد الانفعالي من اجل اخراج الكلمات مع عدم حدوث انفجارات صوتية او تشنجات او حركات عضوية وهى تتسم بالترددات او التكرارات السريعة .

المرحلة الثانية :

يجد الطفل صعوبة في نطق الكلمة الأولى بمصاحبه الاستجابات الانفعالية وتغير في قسمات الوجه وزيادة في المظاهر الثانوية التي تبدو على الطفل المتلجلج مثل الضغط على الشفتين وحدوث حركات ارتعاشيه او اهتزازية في الوجه وظهور تشنجات لا إرادية تصاحب نطق الكلمات وبالتالي يجد الطفل صعوبة بالغة في الانتقال إلى الكلمة التالية ولذا يتميز الكلام في هذه المرحلة بعدم الوضوح خاصة في بداية الكلام .

المرحلة الثالثة :

تعتبر من أشد مراحل اللجلجة صعوبة حيث تبدو في توقف واضح اثناء محاولة الطفل الكلام وتظهر التشنجات في حركة اعضاء الكلام مثل الفك واللسان وعضلات الوجه والأطراف ومن الطبيعي أن يصاحب ذلك مشاعر القلق والإحباط وعدم الثقة بالنفس ، ولهذا فإن حالات الاكتشاف المبكر لحالات اللجلجة لدى الأطفال من شانه ان يساعد على تحسن هذه الحالات بطريقة ملحوظة خاصة في الحالات البسيطة

كما أن التدخل المبكر مع الأطفال المتلجلجين قبل المدرسة هو بمثابة وقاية أولية تمنع الاضطراب الكلامي من الانتقال من مرحلة اللجلجة الأولية إلى المرحلة الثانوية أو اللجلجة المزمنة .

ولكي يتم تشخيص اللجلجة بطريقة سليمة لابد من التعرف على التاريخ الوراثي للطفل المتلجلج ودراسة تاريخه المرضي والجراحي - إن وجد - ومعرفة العديد من المعلومات عن هذا الطفل مثل :

- تاريخ النمو العام للطفل .

- علاقته بوالديه .

- علاقته بإخوته وزملائه بالمدرسة .

- معرفة ما إذا كان يعاني من بعض الاضطرابات النفسية الأخرى مثل اضطرابات النوم أو التبول اللاإرادي أو المخاوف المرضية .

- التعرف على مدى فاعلية مشاركة الوالدين ودورهم الفعال في التفاعل مع الطفل المتلجلج .

- التعرف على درجة وشدة حدوث اللجلجة ومدى تكرارها .

- التعرف على المواقف التي تحدث فيها اللجلجة لدى الطفل ومتى تكون أكثر حدة .

- التعرف على المشكلات السلوكية التي تظهر مع اللجلجة كعدم الطاعة ، العناد ، الانطواء ، الهروب من المدرسة ..... الخ . **(Lena Rustin, 1991 : 83)**

ولهذا يفضل تقديم نموذج نستطيع من خلاله التعرف على البيانات الهامة المتعلقة بشخصية الطفل المتلجلج وهي كالتالي :

أولاً - بيانات خاصة بالطفل :

الاسم :　　　　　　　* الجنس :

* السن :　　　　　　　* تاريخ الميلاد :

* الصف الدراسي :

* عدد الإخوة الذكور :　　　　　　　* عدد الإخوة الإناث :

* ترتيب الطفل بين الإخوة :

ثانياً : العلاقات الأسرية :

أ - العلاقات بين الأب والأم :

(رفض أو إهمال-حماية زائدة-تدليل - تسلط - الأسلوب الديمقراطي)

ج - العلاقات بين الطفل والأب

(رفض أو إهمال-حماية زائدة-تدليل - تسلط - الأسلوب الديمقراطي)

د - العلاقة بين الطفل وإخوانه

(الغيرة - الغضب - سلوك عدواني - الكراهية - التعاون) .

ثالثاً : المدرسة وجماعة الأصدقاء :

أ - العلاقة بين المدرس والطفل :

(استخدام الثواب والعقاب - نقد وتوبيخ - إهمال ونبذ)

ب - العلاقة بين الطفل وجماعة الأصدقاء :

(التعاون - الغيرة والتنافس - كراهية الزملاء)

ج - المواد الدراسية التي يميل إليها الطفل هي :

د- مستوى التحصيل الدراسي للطفل .

هـ- هل هناك مشكلات نفسية او اجتماعية تعرض لها الطفل من قبل

١ — المدرسين .

٢ - الأصدقاء في المدرسة .

رابعاً ، الحالة الصحية للطفل ،

أ - هل الحمل كان طبيعيا ؟

ب - هل الولادة كانت طبيعية ؟

جـ - هل الرضاعة كانت طبيعية ؟

د - ما هي اهم الأمراض التي تعرضت لها الأم اثناء الحمل ؟

هـ- ما هي الأمراض الجسمية التي أصيب بها الطفل في سنوات عمره الأولى؟

و - ما هي العمليات الجراحية التي اجريت للطفل اثناء فترة طفولته ؟

خامساً ، الأنشطة والهوايات ،

أ - اهم الأنشطة التى يميل إليها الطفل ؟

سادساً ، الأحلام واضطرابات النوم ،

أ — هل ينام الطفل نوماً طبيعياً .

ب — هل يشعر بالأرق دائماً اثناء الليل .

ج — هل يعاني من الأحلام المزعجة (الكوابيس) .

د — هل هناك اضطرابات في النوم ؟

(نوم متقطع — مخاوف اثناء النوم)

سابعاً : المشكلات النفسية :

هل يشعر الطفل بالخوف والفزع من :

(الكلاب – القطط – الظلام)

هل لدية مشكلات بعملية الأكل

(فقدان الشهية – تقيؤ – إفراط في تناول الطعام)

هل لدية مشكلات بعملية الإخراج :

(تبول لا إرادي – إمساك مزمن)

هل لدية بعض العادات السيئة :

(مص الأصابع – قضم الأظافر – لازمات عصبية)

ثامناً : بيانات عن المشكلة (المرض) :

* تاريخ ظهور اللجلجة .

* أسباب ظهور اللجلجة .

* نوع اللجلجة .

* الجهود العلاجية التي اتبعت من قبل .

* متي بدأ الطفل يتلجلج ؟

* ما هو الموقف الذي تلجلج فيه الطفل للمرة الأولي ؟

* هل يوجد احد في الأسرة يعاني من اضطرابات كلامية أو لجلجة ؟

* هل يكتب الطفل باليد اليمنى أم اليسرى ؟

* متى بدأ الطفل ينطق كلماته الأولى؟

* هل اصيب الطفل باي أمراض قبل حدوث اللجلجة مباشرة؟ (حمى شوكية- انفلونزا شديدة - حصبة)

* اسباب أخرى :

* ما هي العمليات الجراحية التي أجريت للطفل قبل حدوث اللجلجة مباشرة ؟

(بشهر أو اكثر من شهر) :

* هل بدا الطفل يتلجلج عندما لاحظ ان امه حامل ؟

* هل تزامنت بداية لجلجة الطفل مع ميلاد طفل جديد في الأسرة ؟

* هل بدا الطفل يتلجلج عندما شعر برعب شديد (خوف) من شئ ما؟

* أو عندما فقد احد والدية او أقرانه ؟

* هل تزامنت بداية اللجلجة مع تغير في بيئة الطفل ؟

(انتقال من منزل لآخر)

* هل تزامنت حدوث اللجلجة مع سفر أحد الوالدين للخارج ؟

* هل يوجد لدى الطفل اي عيوب كلامية أخرى؟

(كلام طفلي-تأخر في الكلام- إبدال الحروف-حذف بعض الحروف) .

* في اي من المواقف الآتية يشعر الطفل بالقلق من الكلام ؟

* عندما يستثار.

* عندما يسرع في الأخبار عن حادثة ما .

* عندما يكون هناك بعض الضغوط الاجتماعية .

* من أهم الأشخاص التي تزداد معهم درجة لجلجة الطفل ؟

بيانات خاصة بالوالدين وكيفية معاملتهم للطفل :

١ - أسم الوالدين (الأب) :　　　　المهنة :

٢ - أسم الأم :　　　　　　　　المهنة :

٣ - ما هو المستوى التعليمي للأب :

٤ - ما هو المستوى التعليمي للأم :

٥ - ما هو الأسلوب المتبع لمكافأة الطفل ؟

٦ - ما هو الأسلوب المتبع لعقاب الطفل ؟

٧ - هل كان الطفل مرغوباً فيه من قبل الوالدين ؟

٨ - هل توجد لدى الأب او (الأم) نزعة الإلحاح وروح التدقيق في أمور النظافة ؟

٩ - هل تشعرين بقلق شديد على صحة الطفل الجسمية أو النفسية ؟

١٠- هل يكتب الطفل باليد اليمنى أم اليسرى ؟ وإذا كان يكتب باليسرى ، هل اجبر على استخدام اليد اليمنى ؟ ام تم ربط يده اليسرى ؟

١١- حاول ان تصف اول موقف شعرت فيه ان طفلك كلامه غير عادي ؟

١٢ - وبعد الملاحظة الأولية - ماذا كان تعقيبك عليها ؟

- قف وبالراحة .
- توقف وشوف اللي غلطت فيه .
- توقف وابدا ثانية .
- تكلم ببطء .
- مساعدته فيما يقول .
- نهره بشده أ و ضربه .

١٣ - كم مرة كان هذا التعقيب يقال :

٥ - ٢٥ مرة يوميا

٥ - ٢٥ مرة اسبوعيا

٥-٢٥ شهريا

لا اعرف

١٤ - عندما يتلجلج الطفل - ما هي الحركات المصاحبة للجلجة التي تلاحظها باستمرار ؟

* يضغط شفتيه .
* يغلق عينيه .
* يخرج لسانه .
* عينيه تصبح واسعة .
* يفتح فمه .
* يهز راسه .
* يرمش بعينيه.
* يدير فمه إلى جهة واحدة .
* يلوي وجهه .
* يدير راسه إلى جهة واحدة .

١٥ - ما هو شعورك حيال هذه السلوكيات او (رد فعلك تجاهها) :

* تكرهها بقوة.
* تشعر بالأسى حيالها .
* عدم المبالاة.

٦ - ما هي الطريقة المثلى في رأيك للتغلب على اللجلجة ؟

* خفض التوتر لدى الطفل .

* إعطائه تدريبات كلامية.

* تشجيعه على الكلام .

* خفض معدل الكلام .

* علاج نفسي .

* إتاحة الفرصة لزيادة ثقته بنفسه .

* تحضير الكلام وترتيب الأفكار قبل التكلم .

* لا تفعل شئ يلفت انتباه الطفل .

* تكون صبوراً مع الطفل .

* لا ترغم الطفل على الكلام .

* إزالة الضغوط والإحباطات وحل الصراعات .

* الاهتمام بإشباع حاجة الطفل إلى الحب والحنان .

* تتجاهل اللجلجة تماماً.

* لا يمكن التغلب على اللجلجة

إن الاكتشاف المبكر لحالات اللجلجة يتطلب تشخيصاً دقيقاً لدرجة الاضطراب الكلامي وذلك من خلال بعض المقاييس التي تقيس درجة وشدة اللجلجة لدى الطفل ومنها ما يلي :

ويستطرد Ludlow موضحا ان تحديد شدة اللجلجة يعتمد بشكل كبير على التقديرات لإدراكيه للسلوك الكلامي للمتلجلج عن طريق الأخصائي (المستمع) من اجل قياس شدة الاضطراب ولهذا فإن التركيز سيكون على ما ينبغي للمستمع أن يكشفه وكيف يقدر شدة اللجلجة وهنا يعتمد على ماهية اللجلجة والزوايا الخاصة بسلوك اللجلجة . وقد جرى بناء مقياس ، تقدير شدة اللجلجة " وفقا للخطوات الآتية :

تم الاطلاع على عدد من الدراسات الأجنبية التي وردت بها أدوات لقياس اللجلجة مثل :

أولا : مقياس لتحديد شدة اللجلجة Seveity Rating Of Stuttering إعداد ميرتيل آرون (1967) Aron .

ثانيا : مقياس تقدير شدة اللجلجة Rating Scale Of Severity For Stuttering إعداد لويس شيرمان (1952) Sherman

ثالثا : مقياس خاص بتكرار واستمرار اللجلجة

Measures of Frequency and Duration of Stuttering

إعداد كوستيلو وانجهام (1984) Costello And Ingham

رابعا : مقياس إدراكي لتحديد شدة اللجلجة

Perceptual Scaling Of Stuttering Srverity

إعداد ريتشارد مارتن وآخرون . (1988) Martine et al

تم إجراء عدة لقاءات ومقابلات مع مجموعة من اخصائي ومعالجي الكلام بهدف استطلاع رايهم والاستفادة من خبراتهم التي ترتبط بكيفية تقدير شدة اللجلجة والأساليب المتبعة في علاج اللجلجة .

وصف المقياس :

ترى المؤلفه انه من الأفضل وجود اتفاق جماعي على نوعية السلوك الذي يعتبر جزء من المرض قبل قياس شدة اللجلجة ، ولقد قدمت منظمة الصحة العالمية The World Health Organization في علم التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases تعريف اللجلجة بأنها :

" اضطرابات في إيقاع الكلام والذي من خلاله يعلم الفرد تماما ما يريد أن يقوله ولكن في الوقت نفسه غير قادر على قوله بسبب إطالات وتكرارات لا إرادية ذات سمة متكررة أو احتباس الصوت Cessation of Sound "

ويعرف وينجات (Wingat (1964 اللجلجة " بأنها تلك التكرارات الصامتة والمسموعة للأصوات والمقاطع اللفظية والإطالات المسموعة والمقطعية مما يؤثر على طلاقة التعبير.

وعلى هذا يمكن تحديد عدة معايير للجلجة هي :

١ - التوقف Blocking

ويقصد بها الاضطرابات الكلامية التي يصاحبها التوتر اي التوقف عن نطق الكلمة ، او المجاهدة الشديدة لمحاولة نطقها .

٢ - الإطالة prolongation

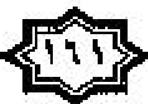
ويقصد بها إطالة الصوت او الحرف (مد الحرف) مثل : باااا بابا .

٣- التكرار Repeating

ويقصد بها تكرار الصوت، او الحرف ، أو المقطع ، او الكلمة / مثل :

تكرار الحرف : بـ - بـ - بـ - بابا .

تكرار المقاطع با — با — با — بابا (Aron, 1967 ; 16)



* الإجراءات :

اختيار قطعتين من الكتاب المدرسي مناسبين لسن الطفل المتلجلج على أن يتراوح عدد الكلمات في كل قطعه من (٥٠ - ١٠٠ كلمة) حيث سيقوم الطفل بالقراءة الشفوية مرتين أثناء قياس شدة اللجلجة وبناء على ذلك حددنا قطعتين للقراءة حيث يرى ميردل آرون (1967) Aron أن تكرار قراءة المتلجلج لنفس القطعة ممكن أن يؤدى إلى إحدى البعدين الآتيين :

١ - التكيف : Adaptation

حيث لوحظ أن لحظات اللجلجة تميل إلى الانخفاض بشكل ملحوظ مع تكرار القراءة الشفوية لنفس القطعة .

٢ - الاتساق : Consistency

وهو ميل الفرد المتلجلج إلى أن يتلجلج في نفس الكلمات عند قراءة نفس القطعة نفسها وأول من لاحظ تأثير التناسق على اللجلجة هو جونسون ونوت Johnson & Knot حيث رأيا أن أهمية تأثير التناسق تكمن في إيضاح مدى ارتباط استجابة اللجلجة بالحافز.

ولقد ضمنت المؤلفة هذا المقياس ثلاث مراحل كالآتي :

المرحلة الأولى : تقدير اللجلجة طبقا لقراءة الفرد :

يجلس كل طفل ويقرأ قطعة القراءة الأولى أمام جهاز تسجيل ثم يستمع القائم بالتجربة إلى عينة الكلام مرتين في المرة الأولى يستمع القائم بالتجربة لعينة الكلام ويرسم خطا تحت كل كلمة تلجلج فيها الطفل - في قطعة مطبوعة - ويستخدم المرة الثانية لتعديل التقييم .

المرحلة الثانية :

إتاحة الفرصة للكلام الحر من جانب الطفل في اي موضوع من الموضوعات الشائعة بناء على أسئلة القائم بالتجربة وفيها يقوم باختيار وتقييم كلام الطفل في استجابته لدرجات مختلفة من مواقف الضغط الاجتماعي وهذه تعرف بطريقة ستوكر بروب Stoker probe Method والتي تم تطويرها للاستخدام مع الأطفال الصغار .

تعتقد كريستي لودلو (290 : 1990) Lodlow أن وسائل قياس حجم اللجلجة ، ينبغي أن تبنى على أساس معرفة حجم اللجلجة في المواقف الاتصالية او الكلام الاتصالى ولا ينبغي الاقتصار في قياس شدة اللجلجة على مواقف القراءة الشفوية فقط لأنها تعبر عن درجة الاضطراب الكلامي حيث ان الحكم من خلال القراءة الشفوية لا يعطينا عينة ممثلة للإعاقة الكلامية وبالتالي فلن يكون لها صدق المحتوى لأفراد عينة البحث وبهذا لا يعطينا المقياس صورة دقيقة عما إذا كان قد تم علاج الاضطراب الاتصالى .

هذا بالإضافة إلي أن الغرض من علاج الفرد المتلجلج هو مساعدته على التحدث بطريقه طبيعية في المواقف الاتصالية وليس فقط أثناء القراءة الشفوية.

وتم الاستناد إلى هذه الملاحظة عند بناء مقياس تقدير شدة اللجلجة وبناء عليه فقد تضمن المقياس فقرات تتيح من خلالها الفرصة للكلام الحر من جانب الطفل في موضوع من الموضوعات الشائعة بناء على أسئلة القائم بالتجربة حيث أنه يقوم باختيار وتقييم كلام الطفل في استجابته لدرجات مختلفة من الضغط الاجتماعي وهى ما تعرف بطريقة ستوكر بروب كما عمدت المؤلفة إلى قياس شدة اللجلجة في مواقف فعلية تتم فيها المحادثة وجها لوجه بين الطفل وبين احد افراد اسرته .

هذا بالإضافة إلى استخدام المؤلفة مقياس " تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض اللجلجة حيث يتضمن المقياس عدة مواقف يقابلها الطفل المتلجلج في حياته

اليومية وبالتالي سوف يتيح الفرصة للتعرف على درجة لجلجة الطفل من خلال الاستجابة التي تعبر عن حالته في كل موقف من هذه المواقف .

المرحلة الثالثة : تقدير اللجلجة بقياس زمن القراءة :

يقرأ الطفل القطعة الثانية ، ثم يحدد القائم بالتجربة الوقت عن طريق ساعة ميقاتية طبقا لعدد الكلمات المتضمنة في القطعة حيث تؤثر لحظات اللجلجة وحجمها في الوقت الذي يستغرقه المتلجلج بالمقارنة بالفرد العادي

يرى ميرتل ارون (1967) Aron أن تكرار حدوث مرات اللجلجة قد لا يمثل بالضرورة مقياسا ملائما يوضح ان هناك تغيير في شدة اللجلجة ولكن تقدير شدة اللجلجة يرتبط بشكل كبير بمقياس تقدير زمن القراءة Reading Rate أي الزمن الذي سيستغرقه المتلجلج في قراءة قطعة معينة بالمقارنة بالفرد العادي .

ومع ذلك فتكرار عدد لحظات اللجلجة ترتبط ايضاً بتقدير شدة اللجلجة ولكن ليس بنفس نسبه تقدير زمن القراءة حيث أن تقدير القراءة يتأثر أكثر بطول التوقفات أكثر من التكرارات ، وأنه إذا حدث تغيير لدى الفرد في درجة اللجلجة فسوف يكون مصحوبا بالتغير في تقدير زمن القراءة أكثر من التكرار

وهكذا فإنه يتضح ان إحصاء التكرارات لا يعتبر مقياسا يعتمد عليه لقياس شدة اللجلجة عندما يستخدم بمفرده .

كما يعتقد ميرتل أرون Aron أنه يجب التمييز بين تعبير تكرار اللجلجة وشدة اللجلجة وأضاف أنه لا يشك في أن كم التكرار سوف يساهم في التعبير عن شدة اللجلجة ، ولكن لا ينبغي الاعتماد عليه ، أما مقياس زمن القراءة فيعتبر مقياسا ثابتا Reliable Measure وموضوعيا ودرجاته ترتبط ارتباطا عاليا بشدة اللجلجة .

ثانياً : مقياس تقدير المواقف المرتبطة بشدة

أو انخفاض اللجلجة لدي الطفل

(إعداد د/ سهير محمود أمين عبد الله)

مقدمة :

هناك بعض الدراسات والبحوث تناولت دراسة اللجلجة في الكلام كظاهرة موقفية ، وأصبح هذا الاتجاه سائدا خاصة بعد أن استخدمه أوليفر بلود شتين ، وقام بتطويره وتدل جونسون الذي ابتكر قائمة من المواقف الكلامية لكي تستخدم في دراسة اللجلجة في الكلام كظاهرة موقفية .

قامت المؤلفة بإعداد هذا المقياس لتحديد المواقف التي يقابلها المتلجلج في حياته اليومية للتعرف على المواقف التي تشتد أو تخف معها درجة اللجلجة ، وذلك بهدف إعداد أداة لتحديد درجة اللجلجة لتقويم مدى فاعلية الأسلوب العلاجي المستخدم في هذه الدراسة .

وقد جرى بناء مقياس " تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض اللجلجة " من خلال الإطلاع على عدد من الدراسات الأجنبية التي تناولت دراسة اللجلجة في الكلام كظاهرة موقفية مثل :

أولا : تطوير وتقييم استبيان لتحديد اتجاهات الاتصال لدى المتلجلجين البالغين :

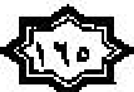
Development and Evaluation of Inventory to Assess Adult Stutters Communcation Attitudes

إعداد جيفنر وتسون وآخرون Watson And et al. (1987)

ثانياً : تقدير مواقف الكلام لدى المتلجلجين :

Speech Stituatio Rating for Stutterers

إعداد ايرين شومال (1955) Shumak



ثالثا : مقياس خاص بنشأة اللجلجة :

The Onset of Stuttering

إعداد وندل جونسون (1959) **Johnson**

رابعا : استخبار للمواقف المرتبطة باللجلجة في الكلام :

إعداد طلعت منصور (١٩٦٧)

خامسا : مقياس متدرج لدراسة المواقف التي تخف أو تختفي فيها اللجلجة في الكلام :

Rating Scale Study of Condition Under Which Stuttering is Reduced or Absent

إعدا د أوليفر بلود شتين (1950) **Bloodstein**

وقد ساعد هذا المؤلفة على كتابة المقياس بشمولية بحيث تتنوع المواقف لكي تشمل تقريباً جميع المواقف التي تقابل الطفل في حياته الأسرية والمدرسية والاجتماعية ، وان تحدد أبعاد المقياس في بعض أنواع من المواقف التي يمر بها المتلجلج وهى :

- المواقف المدرسية * مواقف الوعي بالذات
- المواقف الأسرية * المواقف الانفعالية .
- المواقف الخاصة بالعلاقات الاجتماعية * مواقف خاصة بالأقران

وسوف يتم توضيح هذه المواقف في الجداول التالية :

جدول (١)

البعد الأول (المواقف الانفعالية)

رقم	العبارة
١	عندما يكون هادئاً ومرتاحاً
٢	عندما يتكلم وهو غاضب
٨	عندما يكون متعباً
١٢	عندما يكون خائفاً من أحداً سيؤنبه
٢٨	عندما يتكلم مع شخص يخاف عقابه
٣٤	عندما يشعر أن المستمع يتجاهله ولا يستمع لما يقوله
٣٥	عندما يكون سعيداً
٣٦	عندما يتكلم وهو يتألم من شيء ما
٤٢	عندما يتشاجر مع إخواته
٤٧	عندما يعاقبه المدرس

جدول (٢)

البعد الثاني (المواقف الأسرية)

رقم	العبارة
٤	عندما يؤنبه والده أمام الآخرين
٩	عندما يريد أن يخبر والديه بشيء
٢٠	عندما يتكلم مع الأم
٢١	عندما يتكلم مع الأب
٢٦	عندما يوجه سؤالاً لفرد في الأسرة
٢٧	عندما يطلب شيئاً من والده ويتوقع رفضه
٣٠	عندما يطلب من والده مصروفاً
٣٢	عندما يتكلم مع أخواته
٣٨	عندما يخبر والده بما قاله له شخص آخر
٦٨	عندما يتكلم أثناء مشاجرة الأب مع الأم

جدول (٣)

البعد الثالث (المواقف الاجتماعية)

رقم	العبارة
١٤	عندما يكون مع أشخاص لا يعرفهم
١٥	عندما يتكلم مع شخص يعرفه جيداً
٢٢	عندما يحكي قصة طريفة أمام مجموعة من الغرباء
٢٣	عندما يتكلم مع الطبيب
٣١	عندما يتحدث في التليفون مع شخص يعرفه
٣٩	عندما يسأله شخص غريب عن اسمه
٤٠	عندما يشارك في الحديث أثناء وجود ضيوف
١٤	عندما يسأله شخص عن تاريخ اليوم
١٠	عندما يحاول جذب انتباه المستمع
١٩	عندما يريد إقناع الآخرين بصحة كلامه

جدول (٤)

البعد الرابع (المواقف بالأقران)

رقم	العبارة
٢	عندما يتكلم في التليفون مع صديق في مثل عمره
٥	عندما يلعب مع غيره من الأطفال
٢٥	عندما يتكلم أثناء لعبه مع فريق النادي
٣٢	عندما يتكلم مع طفل من الجنس الآخر في مثل عمره
٣٧	عندما يقدم صديقه لوالده
٤٤	عندما يخرج في رحلة مدرسية مع أصدقائه
٤٩	عندما يتنافس مع طفل آخر في الاستذكار
٥٤	عندما يقرأ مع أطفال آخرين نفس القطعة
٥٥	عندما يوجه نقداً لصديقه على غلطة ارتكبها
٥٨	عندما يتشاجر مع أحد زملائه

جدول (٥)

البعد الخامس (المواقف المدرسية)

رقم	العبارة
٢٩	عندما يوجه سؤالا لشخص ممثل للسلطة
٤٣	عندما يطلب المدرس فجأة الإجابة على سؤال معين
٤٥	عندما يتكلم مع المدرس بعد انتهاء الدرس
٤٦	عندما يسأل المدرس عن شيء لا يفهمه
٥١	عندما يعتذر للمدرس
٥٢	عندما يبدي ملاحظة أثناء شرح الدرس
٥٦	عندما يجيب على سؤال تبعا لدوره في الفصل
٥٧	عندما يستأذن من المدرس
٦٠	عندما يطلب منه المدرس إعادة جزء من الدرس
٥٠	عندما يكرر جملة بعد المدرس

جدول (٦)

البعد السادس (للمواقف الوعي بالذات)

رقم	العبارة
٦	عندما يكون متأكداً مما يريد أن يقوله
٧	عندما يحاول أن يقول جملة طويلة
١١	عندما لا يعرف بالضبط ما الذي سيقوله
١٣	عندما يقرا بصوت مرتفع بمفرده
١٦	عندما يتكلم بسرعة
١٧	عندما يتكلم ببطئ
٢٤	عندما يتكلم لفترة قصيرة (١ — ٢) دقيقة
٤٨	عندما يقرا بصوت مرتفع امام زملائه
٥٢	عندما يُسمع قطعة غيبا من الذاكرة
٥٩	عندما يتكلم بطريقة تلقائية في الفصل

تصحيح المقياس :

اتبعت طريقة للقياس للتدرج في تقدير استجابة كل طفل لكل موقف على النحو التالي :

١- لا لجلجة	(١)
٢- لجلجة خفيفة	(٢)
٣- لجلجة متوسطة	(٣)
٤- لجلجة فوق المتوسط	(٤)
٥- لجلجة شديدة	(٥)

وتساعد هذه الطريقة على الوصول إلى تمايز في استجابات الأطفال لكل موقف كما أنها تمكن من تنظيم البيانات في جداول رقمية يسهل تناولها بالطرق الإحصائية المناسبة.

وصف المقياس :

حاولت المؤلفة كتابة عبارات للقياس بشمولية بحيث تتنوع المواقف لكي تشتمل تقريبا جميع المواقف التي تقابل الطفل في حياته الأسرية والاجتماعية ثم قامت بتجميع هذه العبارات في أبعاد بحيث تؤلف في مجملها أهم المواقف المثيرة للجلجة .

أولا : المواقف الأسرية :

لا شك - كما ذكرت سابقا - أنه يكاد يكون هناك اتفاق بين كثير من المهتمين بدراسة هذه الظاهرة ان نوعية المناخ الأسرى الذي ينشأ فيه الطفل لا يساعد فقط على ظهور اللجلجة لديه ، وإنما يساعد أيضاً على ترسيخها وتثبيتها ، ولهذا تعتقد باربارا دومنيك Dominick (959:955) أن الطلاقة في الحديث تتحقق غالبا في بيئة عائلية سليمة حيث يشعر الطفل أنه مقبول أما التردد في الكلام واللجلجة فتأتى نتيجة القمع الوالدي Parental-Prohibition .

كما أن هناك كثيراً من المواقف التي تحدث داخل أسرة الطفل المتلجلج تؤدى إلى الشعور بالإحباط والخوف من الفشل في الكلام مما يؤدى إلى حدوث الإعاقات الكلامية وقد تزداد هذه الإعاقات عندما يحاول الطفل التعبير لفظيا عن مشاعره أو افكاره

ويواجه بالنقد من قبل المحيطين فيشعر بالإحباط ولا يستطيع تحمل هذه الضغوط والمتطلبات التي تقع على عاتق الطفل .

ثانياً : المواقف الانفعالية :

تعتبر المواقف الانفعالية من أهم المواقف التي تؤدى إلى زيادة الإعاقات الكلامية فيرى فان ريبر(١٩٧٢) أن الطفل عندما يخاف من العواقب السيئة للموقف الاتصالي مثل رفض طلبه أو الصدمة أو توقيع العقاب أو الشعور بالظلم كل هذا يؤدى إلى زيادة التردد في الكلام .

من هنا نرى أن مشاعر التوتر ، الضيق ، الغضب ، الخوف ، التي تفرزها المواقف الانفعالية للطفل المتلجلج فتشعره بالاضطراب وبالتالي تزداد درجة اللجلجة .

ثالثاً : مواقف الوعي بالذات :

يرى ميريل مورلى (Morley (1972: 44 أن إثارة الوعي الذاتي Self-Consciousness للمتلجلج يعتبر من أهم المواقف التي تساعد على حدوث اللجلجة مثل أن يطلب من الطفل التحدث في وسط مجموعة من الأفراد هنا يكون الطفل مدركا لذاته مما يؤدى - غالبا - إلى إعاقة الكلام .

كما يرى فان ريبر(١٩٧٢) أن مثل هذه المواقف قد تسبب ضغطا من الممكن أن يؤدى إلى مزيد من الإعاقات اللفظية (التمزق اللفظي) ويحدث هذا عندما لا يجد الطفل المتلجلج الكلمة المناسبة أو عندما يشك في قدرته على النطق أو في القدرة على الصياغة حيث يتعثر النطق وتزداد معها درجة اللجلجة .

(Hood, 1978 : 540)

لذلك نرى ان هناك مواقف مثل عندما يطلب من الطفل الكلام ولا يعرف بالضبط ما الذي سيقوله أو الكلام بطريقة تلقائية أو عندما يسمع قطعة غيبا من الذاكرة مما لا شك فيه ان هذا سيمثل ضغطا على المتلجلج لأنه في هذه الحالة سيكون مدركا وواعيا أكثر بذاته لأن هذه المواقف تعمل على إثارة القلق مع إثارة الشك في قدرته على الكلام كل هذا يعمل على اضطراب العملية الكلامية وزيادة التمزق اللفظي .

ويقرر طلعت منصور (١٩٧٦ ، ١٣٢) أن تغيير نمط الكلام من الممكن أن يثير وعيا أكثر بالذات لدى المتلجلج مثل السرعة في الكلام والصوت المرتفع حيث أن المتلجلج يزيد من تركيزه على العملية الكلامية اثناء تغييره لنمط الكلام .

رابعا : المواقف الاجتماعية :

قد تكون المواقف الاجتماعية من اصعب المواقف التي تقابل الفرد المتلجلج فإن معظم المتلجلجين يخافون من الفشل في الحديث حتى قبل ان يبدأوا وغالبا ما يفكرون في الموقف في ضوء نكسة الفشل فإنهم يقولون لأنفسهم : " انني لن أجرؤ على فتح فمي بعد ذلك انا لا استطيع ذلك فانا اعرف انني سالجلج انني ساصاب بالشلل من الخوف " ولذلك فهم يخشون النقد والإحراج .

وحيث انهم يسعون نحو الكمال في الحديث فإن تاكيدهم الأساسي يكون موجه ليس إلي ما يريدون التعبير عنه ولكن إلى المظهر الذي سيكونون عليه أمام الآخرين عندما يتكلمون وردود فعل الأخرين تجاه هذا المظهر وبسبب شعورهم العميق بعدم الأمان فإن كل محاولة جديدة للكلام تصبح أساس اختبار لوجودهم الحقيقي ومن ثم يصبح المتلجلج باستمرار في عملية خصام ولوم مع نفسه مع كل محاولة للتعبير عن ذاته لفظيا فإن الكلام بالنسبة للمتلجلج يعتبر محنة تملأه خوفا وشعوراً بكارثة قادمة .

ففي المواقف الاجتماعية غالبا ما يلجأ المتلجلج لحماية نفسه عن طريق تجنب ضرورة الكلام والمحادثات الطويلة . (Dominick 1959 : 957.958)

ويحدثنا فان ريبر(١٩٧٢) عن أكثر المواقف الاجتماعية التي تشتد فيها درجة لجلجة الطفل وهي :

المواقف الاجتماعية التي يشعر فيها الطفل بالتهديد بالمقاطعة من جانب المستمع حيث تؤدى إلى الشعور بالإحباط او عند الشعور بفقدان انتباه المستمع فإذا تحول انتباه المستمع الى شيء آخر قد يقع الطفل في صراع مع نفسه هل يتكلم ام يصمت ؟.

خامساً : المواقف المدرسية :

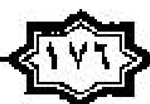
تعتقد المؤلفة ان المناخ المدرسي لا يقل أهمية عن المناخ الأسرى في العمل على تثبيت اللجلجة وتطورها إلى مرحلة أصعب من ذي قبل نظراً لما تفرزه المواقف المدرسية للطفل المتلجلج من الشعور بالضغط والتوتر والمنافسة

وفي هذا ترى باربارا دومينيك (955 : 1959) dominick أن للمناخ المدرسي يعمل على تأكيد اللجلجة والانتقال من مرحلة اللجلجة المبدئية إلى ما هو معروف بالإعاقة الثانوية .

فالطفل المتلجلج عندما يدرك أنه يتكلم بأسلوب مختلف عن الآخرين عندئذ يتكون لديه شعور بانه أدنى من الأطفال الآخرين لكن بدخوله المدرسة فإنه مما لا شك فيه انه يضيف جوا من الضغط والمنافسة والذي يجد نفسه متورطا فيه وتتعقد شخصيته اكثر حيث يتملك الطفل مشاعر القلق والخوف من الكلام بل وتتزايد لديه المخاوف من ظهور تلك الترددات المضحكة اثناء كلامه مع زملائه ومدرسيه ومن ثم يجد نفسه منبوذا من زملائه .

سادساً : مواقف التعامل مع الأقران :

المواقف هنا من الممكن اعتبارها مواقف اجتماعية وينطبق عليها ما قيل في المواقف الاجتماعية لكن مثل هذه المواقف من خلال خبرة المؤلفة قد لا تكون مثيرة لحدوث اللجلجة خاصة إذا كان موقف لعب مع بعض الأطفال او خروج لرحلة مدرسية او حديث تليفونيا مع صديق لكن عندما يكون الموقف باعثا لشعور التوتر او الغضب مثل التنافس مع الأصدقاء او عندما يعاتب المتلجلج صديقه ويحاول تبرير موقفه منه او التشاجر مع الأصدقاء عما لا شك فيه ان التوتر والغضب الذي يصيب المتلجلج هنا ينعكس على العملية الكلامية ويصيبها بالاضطراب وتزداد درجة اللجلجة .



خامساً : أساليب علاج اللجلجة

كثرت وتعددت الأساليب التي استخدمت في علاج اللجلجة نظرا لتشابك العوامل المؤدية إلى تلك الظاهرة النفسية المركبة والمتداخلة التغيرات ، فكما سبق أن ذكرنا أن اللجلجة تعد ظاهرة غاية في التعقيد حيث إن لها العديد من الأسباب في علم الأمراض فهي تتضمن عوامل تكوينية كيميائية عصبية نفسية وبيئية اجتماعية .

وسوف نحاول إلقاء الضوء على بعض الأساليب العلاجية على سبيل المثال لا الحصر .

١ - الكلام الإيقاعي : Rhythmic Speech

تقوم هذه الطريقة على ملاحظة أن درجة اللجلجة تنخفض حين يتكلم المتلجلج بطريقة إيقاعية Rhythmic Manner ولذلك استخدمت آلة المترونوم Metronome التي تساعد على نطق كل مقطع مع كل إيقاع حيث تستخدم هذه الآلة في تجزئة المقاطع وفقا لزمن محدد على أن يتم إخراج نطق المقاطع على فترات زمنية متساوية ، فيقسم موضوع القراءة إلى كلمات يسيرة تقرأ بتناسب مع توقيت آلة المترونوم ومن ثم يحدث تقدم تدريجي في طريقة الكلام .

ولقد استخدم هذه الطريقة لارس جوران وآخرن (Goran et al. (1976 دراسته لمعرفة مدى فاعلية طريقتين من المدرسة السلوكية في علاج اللجلجة وتهدف هذه الدراسة إلى عقد مقارنة بين العلاج بالاشراط المترونومي Metronome conditioned والعلاج بالتظليل وأيهما يكون ذا تأثير في خفض اللجلجة .

تكونت عينة الدراسة من (٢٤) فرداً متلجلجا ، واستبعد جوران (٩) افراد حيث أن نسبة نقص الطلاقة لديهم أقل من ٢ ٪ ، وبذلك أصبحت العينة تشمل على (١٥) فردا (١١ ذكور - ٤ إناث) تتراوح أعمارهم بين ١٤ - ٤٦ عاما ، وبدأت اللجلجة لديهم قبل سن العاشرة .

قسمت العينة عشوائيا إلى ثلاث مجموعات بحيث تحتوى كل مجموعة على خمس أفراد (ثلاث حالات لجلجة شديدة - وحالتان لجلجة متوسطة) .

١ - المجموعة التجريبية الأولى تتلقى علاجا بالتدريب على الكلام بالاشراط المترونومى conditioned speech Retraining-Metronme

٢- المجموعة التجريبية الثانية تتلقى علاجا بالتظليل .

٣- المجموعة الثالثة مجموعة ضابطة .

بالنسبة للمجموعة التي تلقت علاجا بالاشراط المترونومى قسم العلاج الي اربع مراحل ، وكل مرحلة ذات هدف معين لابد من الوصول اليه قبل الانتقال إلى المرحلة التي تليها ، وكان الهدف الأساسي هو إقناع المتلجلج بانه يستطيع ان يتكلم بطلاقة عندما يتقدم في كلامة على بندول الإيقاع (المترنوم) .

اما المجموعة التي تلقت علاجا بالتظليل فقد استخدمت الفنيات الآتية:

1 - قراءة جماعية بصوت مرتفع ،

يقوم المعالج بالقراءة مع المتلجلج قطعة بصوت مرتفع ، واثناء عملية القراءة ممكن أن يتوقف المعالج او يبدا في قراءة قطعة أخرى بينما يستمر المتلجلج قراءة القطعة الأصلية.

٢ - التظليل ،

يقرا المعالج قطعة قراءة بينما يكرر المتلجلج ما يقوله المعالج مع تاخير قصير جداً بينهما ، هنا لا يجب على المفحوص الا ينظر إلى المعالج ، وانما عليه أن يركز انتباهه فقط على ما يسمعه ، كما يقوم المتلجلج بتكرار العملية نفسها كواجب منزلي باستخدام الراديو او شريط كاسيت ، استمر العلاج لمدة (٢) شهور من خلال عشرين جلسة علاجية تتراوح مدة كل جلسة من (٣٠- ٤٠) دقيقة ، كما كان يطلب المعالج من الإفراد المتلجلجين ان يؤدوا بعض التدريبات المنزلية لمدة ٤٠ - ٦٠ دقيقة يوميا .

ولقد قام المعالج بقياس درجة اللجلجة قبل وبعد العلاج ليتعرف على مدى فاعلية وتأثير العلاج كما اجرى اختبار على المفحوصين بعد (١٤) شهر بواسطة معالج آخر كعملية تقويم ومتابعة بعد العلاج .

أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأفراد الذين تلقوا علاجا بالاشرط المترونومى انخفضت درجة نقص الطلاقة انخفاضا ذو دلالة لديهم اثناء الكلام التلقائي ، لكن لم يكن هناك تغير في معدل الكلام أما الأفراد الذين تلقوا علاجا بالتظليل زاد معدل الكلام لديهم اثناء القراءة بصوت مرتفع ، لكن درجة نقص الطلاقة لم يكن هناك تغيير ذو دلالة .

ودراسة اخرى لجوهاينسون (1975) Johannesson قدم فيها إطار نظريا لظاهرة اللجلجة بعنوان " أسلوبان من الأساليب العلاجية السلوكية لعلاج اللجلجة " واستعرض الباحث تأثير اسلوبي التظليل واعادة التدريب الاشراطى (المترونومي) Metronome Conditioned Speech Retraining كاسلوبين من اساليب العلاج السلوكى في معالجة حالات اللجلجة .

واجريت الدراسة على عينة مكونة من (١٧) راشدا متلجلجا تتراوح اعمارهم بين (١٨ — ٤٥) عاما حيث قسمت عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات :

1 - المجموعة التجريبية الأولى :

تلقت علاجا بالاشراط المترونومى مستخدما آله الإيقاع المترونومي واستمر العلاج لمدة (٥) شهور بواقع جلسة اسبوعياً .

٢- المجموعة التجريبية الثانية :

تلقت علاجا بفنية التظليل حيث بدا المعالج بتدريب المتلجلجين على أسلوب التظليل ، وجاءت نتائج المجموعتين التجربتين مؤكدة فعالية الأسلوبين السابق ذكرهما .

٢- تظليل الكلام : Speech Shadowing

استخدمت وسيلة التظليل كوسيلة علاجية لعلاج حالات اللجلجة وأثناء الجلسة العلاجية يصوت مرتفع القطعة نفسها التي يقرأها المعالج ومعه في الوقت نفسه بفارق جزء من الثانية وغالبا ما يتحسن المتلجلج وتنخفض درجة اللجلجة بشكل ملحوظ أثناء الجلسات العلاجية ، وقد استخدم شيري سايرز Cherry & Sayers هذه الطريقة لعلاج بعض الأفراد المتلجلجين ، وقد لاحظ أن هناك تحسنا طرا على طريقة الكلام .

وفي هذا الصدد قدم محمد عبد القادر (١٩٧٦) بدراسة بعنوان فعالية الممارسة السلبية والتظليل كاسلوبين لمعالجة حالات التعلثم ، وذلك بهدف التعرف على مدى فاعلية أسلوبي الممارسة السلبية Negative والتظليل Shadowing في علاج اللجلجة وأجري البحث على عينة قوامها ٢٤ طالبا متلجلجا تتراوح أعمارهم بين (١٤- ١٩) عاما .

قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات :

- مجموعة تجريبية تتلقى علاجا بالممارسة لمدة شهر حيث أعطي لكل طالب (١٢) جلسة بمعدل ثلاث مرات اسبوعيا كما كان الطالب يقوم بتدريبات منزلية في الأيام التي لا يراجع فيها المعالج .
- مجموعة تجريبية تتلقى علاجا بأسلوب التظليل من خلال (١٢) جلسة طول كل جلسة (٦٠) دقيقة بمعدل ثلاث مرات أسبوعيا حيث كان يقوم المعالج بقراءة قطعة كلمة .. كلمة وبسرعة منتظمة ثم يردد الطالب كلمات المعالج كما يسمعها بالضبط بحيث تأتي كلمة الطالب ظلا لكلمة للمعالج كما كان يقوم الطالب بتدريبات منزلية في الأيام التي لا يراجع فيها المعالج .

أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية الأسلوبين السابق ذكرهما الا انه لم يكن هناك فروق ذات دلالة بينهما .

كما استخدم كوندس (1967) Kondas أسلوب التظليل كفنية من فنيات العلاج السلوكي في علاج اللجلجة .

وتكونت عينة الدراسة من :

* (١٦) طفل تتراوح أعمارهم بين (٨ - ١٦) سنة .

* (٣) أطفال تتراوح أعمارهم بين (٣ - ٦) سنوات .

* فرد واحد يبلغ من العمر ٢٠ سنة .

وجميع الأطفال يعانون من لجلجة شديدة بالإضافة إلى أن (١٣) طفلا لديهم تشنجات كلامية متكررة مصحوبة بحركات وتكشيرات في الوجه لدرجة أن أربعة من هؤلاء الأطفال لم يكن لديهم القدرة على التعبير اللفظي وبالتالي كانوا يكتبون إجاباتهم .

بدأ كوندس Kondas العلاج بعمل تدريبات على التنفس في الجلسات الأولى للعلاج حيث أوضحت المفحوصات أن عملية التنفس لديهم غير طبيعية ، ولذلك احتوى التدريب على عملية شهيق بطيئة وعميقة في الجلسة الأولى والثانية ثم يلي ذلك في جلسة الثالثة والرابعة تدريبات على التنفس بهدوء .

ثم بدأ الباحث بأهم جزء في العلاج وهو العلاج بفنية التظليل حيث بدأ الأطفال التدريب على فنية التظليل ، فكان يقوم بقراءة قطعة غير معروفة للأطفال على أن تكون القراءة كلمة أو كلمتين ، ثم يكرر المتلجلج على الفور وبالضبط تلك الكلمات وتتكون الجلسة من اثنين أو ثلاث تمارين قصيرة تستمر كل واحدة من (٢ - ٥) دقائق على أن يليها فترة راحة قصيرة وبمجرد إتقان المتلجلج لكيفية استخدام فنية التظليل يكون هناك واجب منزلي باستخدام تلك الفنية بحيث يقوم بها والديه لمدة (٥) دقائق يوميا .

بعد خمس جلسات من العلاج تنخفض اللجلجة تدريجيا بعد ذلك يبدأ التدريب على التظليل مع المعالج وفي البيت بالتناوب .

وبالنسبة لثلاثة أطفال صغار طبق عليهم العلاج بفنية التظليل عن طريق اللعب بدمية حيث أخبر المعالج الطفل أنه سيتعلم كيف يلعب مع الدمية وكان دور

المعالج كمعلق والمتلجلج الصغير هو الممثل الذي يتكلم مع الدمية وطلب المعالج من الوالدين ان تكرر هذه المشاهد بالبيت ثلاث مرات في الأسبوع كما طلب منهما ايضا الا يبديا أي اهتمام عندما يتلجلج الطفل .

اشارت نتائج العلاج إلى تقدم ملحوظ في الكلام لدى :

١- خمس اطفال في خلال (٣) أسابيع من بدء العلاج بفنية التظليل .

٢- تسع حالات استمرت شهرين في اداء التمرينات قبل أن تتحسن .

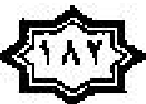
٣- خمس حالات استمر العلاج لمدة من (٦ - ٩) اشهر حتى تحسنت درجة اللجلجة .

٤- مريض واحد فقط وجد صعوبة في تعليمه طريقة التظليل تلك التي اتقنها معظم الأطفال بسرعة .

كما اوضحت المتابعة والتقويم ان العلاج بفنية التظليل له تأثير ناجح وثابت على نحو واضح وملحوظ لكن هناك حالة واحدة اظهرت المتابعة ان انتكس بعد سنتين وخمس شهور بعد نهاية العلاج ويرجع كونداس Kondas ذلك إلى خوفه الشديد من مدرس الفصل .

اجرى شارلز هيلى وسوزان هاو Healey And Howe (1987) دراسة تهدف إلى مقارنة أداء الأفراد المتلجلجين وغير المتلجلجين اثناء إجراء القراء بطريقتي Speech Shadowing Condition والقراءة بدون تظليل Nonshadwed Reading .

وتكونت عينة الدراسة من عشرة افراد خمس ذكور متلجلجين وتتراوح اعمارهم بين (٢٢ - ٤٥) سنة وخمس ذكور آخرين غير متلجلجين وكان المتلجلجون يبدون تكرار واضحا لبعض اجزاء الكلام وإطالة للحروف كما كانت اللجلجة تظهر بوضوح وبصورة متكررة أثناء القراءة أو الكلام .



واستخدم الباحثان مقياس رايلى لشدة اللجلجة **Rilay Stuttering Severity** لقياس شدة اللجلجة لدى أفراد العينة وتبعا لهذا المقياس استطاع الباحثان تقسيم أفراد العينة إلى قسمين :

القسم الأول : يتكون من ثلاثة أفراد يعانون من لجلجة متوسطة.

القسم الثاني : يتكون من فردين يعانيان من لجلجة فوق المتوسط .

وبالنسبة للبرنامج العلاجي أعد الباحثان أربع قطع قصيصة سجلت القطعة الأولي منهم على شريط ثنائي التسجيل بصوت (ذكر) يتكلم باللهجة الأمريكية وكان المتحدث يتكلم ببطء لتسهيل كلام التظليل حيث كانت القطعة تقرا بمعدل (١٫٧) كلمة في الثانية .

اما القطعة الثانية فسجلت بطريقة متزاوجة مع القطعة الثالثة على شريط كاسيت حيث كانت هي الرسالة المنافسة **Competing message** المسجلة بصوت انثى تتكلم باللهجة الأمريكية ٤٫٠ كلمة في الثانية لكن بداية قراءة هذه القطعة تأخرت (١٠) ثوان عن بداية القطعة المنافسة كما وضع الباحثان القطعة الرابعة خصيصا للمفحوص لكي يقرأها ، وذلك حتى يتم التعرف على مدى التحسن في كلام المتلجلج .

تم إجراء العلاج بأن وضع الميكروفون في الوضع الصحيح أمام المفحوص حتى يستطيع الأداء في ثلاث حالات :

الحالة الأولى :

تضمنت قراءة المفحوص للقطعة غير المظللة وفقا لمعدل كلامه المعتاد وكان أحد الباحثين يقوم بالحكم على مدى طلاقة المتلجلجين في القراءة ويتحقق منها باحث آخر.

الحالة الثانية :

حيث سجلت قطعة بطريقة التظليل بصوت رجل وقدمت للمفحوص من خلال الميكروفون وكان يطلب من المفحوص أن يكرر الكلمات التي تصل إلى أذنه .

الحالة الثالثة :

سجلت قطعة بطريقة التظليل بصوت رجل وقدمت للمفحوص من خلال ميكروفون بحيث تصل إلى أذنه اليمنى بينما تصل الى اذنه اليسرى القطعة المنافسة والمسجلة بصوت امرأة وفي هذه الحالة كان يطلب من المفحوص أن يكرر الكلمات ، وأشارت النتائج إلى فاعلية)الأساليب المستخدمة .

٢- تأخر التغذية المرتدة السمعية :

Delayed Auditory Feed back (D.A.F.)

يقرر وفاء البيه (١٩٩٤ ، ١٢٣) أن أول من تناول مشكلة المراقبة السمعية هو "أوربا نتشيتس" وهو ما يعرف الآن باسم تأثير لي (١٩٥١) في تأخير التغذية المرتدة السمعية . يوضع وفاء البيه أن تأخير التغذية المرتدة السمعية و التي من خلالها يستمع الفرد إلى كلامه في علاقة زمنية غير طبيعية ، عندما يتكلم الفرد ويستمع الى صدى مستمر لكل ما قاله توا ، وبالتالي تحدث تغييرات مؤثرة في طبقة الصوت ويضطرب الإيقاع الطبيعي للكلام لدى المتكلم العادي ، ويحدث العكس تماما لمن يعاني اضطرابا وظيفيا في الكلام مثل المتلجلجين .

ولقد استخدمت تلك الوسيلة من قبل المهتمين بدراسة وعلاج اللجلجة كوسيلة لخفض درجة اللجلجة .

٤- الضوضاء المقنعة : Masking Noise

استخدام هذه الوسيلة كعلاج مبنى على أساس أن اللجلجة تنخفض بشكل كبير عندما لا يستطيع المتلجلج سماع صوته أثناء الكلام وظهر استخدام هذه الوسيلة في الستينيات ، و لكن لم تؤكد أي منافع دائمة في العلاج حيث ان المتلجلج استخدم هذه الوحدة السمعية المقنعة داخل غرفة العلاج فقط . وهى عبارة عن اداة تم تصميمها بشكل خاص لكي تنتج صخب ابيض (*) White noise من كثافات مختلفة من (db70) الي (db 110) (*) خلال اجهزة السمع .

ويضيف بهرث راج (1976 : 162) Raj بالرغم من أن هذه الطريقة تعمل على إلغاء اللجلجة تماما حيث نجد أن المتلجلج تصبح لديه القدرة على الكلام بدون إعاقات على الإطلاق بالرغم من هذا فإنها تؤدى في كثير من الأحيان الى فقدان حاسة السمع . (Lanyon & Goldsworteby 1982 : 815-817)

٥- إرشاد الآباء : counseling the parents

يوصى أوليفر بلودشتين Bloodstein 1986 باستخدام الإرشاد الوالدى كوسيلة علاجية تساعد في تخفيض عدد المصابين باللجلجة و يتفق معه بهرث راج (1976) Raj حيث يرى أن كلام الأطفال يتميز في بداية تعلمهم الكلام بالتقطع Mild interruptions أثناء الحديث مثل التكرارات والترددات hesitation وهنا لا يحتاج الطفل الى علاج بمعناه الكبير ، ولكن ما يحتاجه هو توجيه سليم وفعال بواسطة والديه ، ولهذا يعرف هذا الطفل بانه طفل طبيعي ، ولكنه لا يتمتع بالطلاقة في الكلام كما يجب .

اثناء علاج اللجلجة المبدئية ينبغي أن يركز العلاج على إعطاء معلومات كافية للآباء خاصة الام عن طبيعة و ظروف مرض اللجلجة وما يجب أن تقوم به حيالها ، كما ينصح الآباء بان يشجعوا الطفل عندما يتكلم بشكل طبيعي ، ويتجاهلوا

(*) صخب ابيض : عبارة عن خليط للموجات التى تتسع لتغطي مجالا واسع التردد .
(*) (Db) = وحدة لقياس شدة الصوت .

مظاهر قصوره اللفظي ، كما يجب ان يعملوا على عدم جذب انتباه الطفل لطريقة كلامه و ذلك باتباع النقاط التالية :

١ . تشجيع كلام الطفل وتجاهل ظاهر قصوره اللفظي .

٢ . عدم جذب انتباه الطفل لطريقة كلامه .

٣ . عدم وصف الطفل بأنه متلجلج .

٤ . لا ينبغي مقارنته باي طفل اخر.

٦- إعادة التدريب على العادات الكلامية السليمة :

Speech habit retraining

يترك الطفل المتلجلج يقرا من كتاب مناسب لمستواه التعليمي على ان تتم طريقة القراءة ببطء شديد وباسلوب هادئ مريح ، وعندما تحدث الإعاقة الكلامية يتوقف عن القراءة ، ويسترخي ، ويبدا في القراءة ثانية باسلوب مريح وقد يكون من المفيد أن تقدم ضوءا أحمر كمؤشر عندما تحدث الإعاقة حيث تعتبر كاشارة للتوقف عن القراءة والاسترخاء ثم معاودة القراءة .

وقد يعطى هذا العلاج نتائج جيدة بعد حوالي (٢٠) جلسة عندما تكون درجة لجلجة الفرد متوسطة ، و عندما تتحقق طلاقة كافية يتم توجيه الفرد لأن يسرع تدريجيا في كلامه إلى الحد الطبيعي .

٧- الإطالة : prolongation

جعل الفرد المتلجلج في حالة استرخاء بدني وعقلي ، ثم يبدا في قراءة قطعة بدرجة بطيئة جدا مع الإطالة في كل مقطع يقراه مثل " بندقية " فانها تتم على النحو التالي :

ب .... ند .... قية

وينبغي ان يستمر تطويل القاطع حتى تنتهي الجملة بدون توقفات خلالها ، كما يجب ان يمارس التطويل حتى اثناء الحادثات مع الآخرين ويرى بهرث راج Raj (1976) ان المصابين باللجلجة الشديدة يستجيبون لتلك الطريقة .

وقد أسفرت نتائج تحليل الحالات الخاضعة للعلاج عن وجود نتائج جيدة واظهرت الحالات تحسنا ملحوظا ، كما وجد ان هذا الأسلوب حقق نتائج طيبة جدا بالمقارنة بطريقة التظليل و انه يفيد بالذات مع المصابين باللجلجة الشديدة حيث حقق اسلوب التطويل نتائج عظيمة مع المتلجلجين من الدرجة الشديدة بينما يعتبر العلاج عن طريق التظليل أكثر فعالية مع المصابين من الدرجة العادية أو المتوسطة .

٨- التحصين التدريجي : Systematic Desensitization

نجد ان بعض الأفراد المتلجلجين يحققون طلاقة لفظية اثناء جلسات العلاج ، لكنهم يجدون صعوبة في الكلام في مواقف الكلام خارج العيادة في مجالات الحياة المختلفة ، وهذه الطريقة من العلاج تتم عن طريق اعداد قائمة شاملة لمواقف الكلام التي تثير قلق الفرد المتلجلج على أن يتم الأعداد بالترتيب فتبدأ باقل المواقف إثارة للقلق ، وتنتهي بكثرة المواقف إثارة للقلق، ثم يطلب من المتلجلج ان يتخيل تلك المواقف واحداً بعد الأخر بالترتيب الخاص ، و ان يتكلم بصوت عال في موضوع يهمه ويجب التاكيد على اهمية الاسترخاء للمتلجلج في كل المراحل .

وبهذه الطريقة يتم سلب الحساسية المتعلقة بمثير اللجلجة في كل موقف ، ومع انخفاض حدة القلق تزداد طلاقة الفرد . (Raj 1976 : 162.159)

سادساً ـ برامج علاج اللجلجة :

تؤكد باربارا دومينيك (959 : 1959) Dominick انه باعتبار ان ظاهرة اللجلجة مشكلة معقدة فان أي محاولة للعلاج ينبغي أن تضع في اعتبارها الجانب الطبي والجوانب الاجتماعية ، والنفسية ، والتدريبات الكلامية ، فانه ينبغي اعتبار اللجلجة اضطراب منفصل عن آلية الكلام ولكن كتعبير خارجي خاص بشخصية مضطربة ، لذلك ينبغي لأي علاج فعال أن يوجه نحو مساعدة الفرد لن يفهم مشكلاته النفسية وأن يصل إلى حل لهذه الصراعات الداخلية .

كما تعتقد لينا روستين وارمن كور (92 : 1983) Rustin and Kuhr ان الاتجاه لعلاج اللجلجة قد تغير حيث كان العلاج من قبل يركز على أعراض اللجلجة فقط أما الآن أصبح الاتجاه نحو تحليل سلوك المتلجلج بشكل أكثر تفصيلا مما يعطي للمعالج فهما أفضل لأكثر الحالات تعقيداً .

وبذلك يصبح بالإمكان تصميم برنامجا متعدد الأبعاد لعلاج حالات اللجلجة، فعلى المعالج أن يقيم كل حالة بدقة و يرى ما إذا كانت هناك مشكلات متعلقة بحياة المتلجلج وفى نفس الوقت مرتبطة باضطرابه الكلامي .

وبذلك نجد ان مسئولية العلاج هي مساعدة المتلجلج ليس فقط التغلب على أعراض اللجلجة و لكن الأهم هو مساعدة الفرد على ان يجد نفسه كفرد ، وان يحول الطاقات الكامنة بداخله إلى طاقات للعمل المبدع ، وعلاقات إنسانية افضل لتحمل مسئولية نفسه حتى يستطيع في النهاية تحقيق ذاته كإنسان وسوف نقدم بعض البرامج العلاجية التي يمكن الاعتماد عليها في علاج اللجلجة .

وفى هذا الصدد قدمت هدى برادة (١٩٦٧) بحث بعنوان دراسة في العلاج الجماعي للمصابين باللجلجة بهدف التعرف على مدى فاعلية اسلوبي السيكودراما والعلاج باللعب الجماعي في معالجة حالات اللجلجة .

وتكونت عينة البحث من (٨) أطفال تتراوح أعمارهم بين (٦ — ١٢) سنة ، وكان علاج الأطفال يتم من خلال جلسات باللعب والسيكودراما التي تعقد مرتين اسبوعيا ، وكانت هدى برادة تجتمع بأمهات الأطفال مرة كل اسبوع وذلك للأسباب الآتية :

١ - تصحيح اتجاهات الأمهات نحو عيب أطفالهن الكلامي .

٢-تنبيه الأمهات إلى ضرورة رفع الضغوط الكلامية عن الطفل المتلجلج، تصر الأم على أن ينطق جملة طويلة تفوق طاقته الذهنية واللغوية .

٣ - تكليف الأمهات بان يقمن بدور إيجابي تجاه عيب أطفالهن الكلامي ، و ذلك بأن تجلس الأم مع طفلها نصف ساعة ثلاث مرات أسبوعيا لتساعده على أن ينساب منها في الكلام ، وعندما يلجلج الطفل تقابل عيبه الكلامي بالصمر والتجاهل .

٤ - الكشف عن اتجاهات الأم اللاشعورية مثل الحماية الشديدة للطفل ، تلك التي تنم عن رغبتها في ألا ينفصل الطفل عنها ويظل معتمدا عليها أشارت نتائج البحث إلى تقدم الأطفال واختفت اللجلجة إلى حد كبير .

من الدراسات التي استخدمت أسلوب العلاج النفسي الجماعي لمعالجة حالات اللجلجة ، دراسة صفاء احمد غازى (١٩٩١) وهى دراسة تجريبية اكلينيكية الهدف منها هو التحقق من فاعلية أسلوبي السيكودراما (متمثلة في لعب الدور) والممارسة السلبية لمعالجة حالات اللجلجة .

تكونت عينة الدراسة من (٢٤) تلميذا من الجنسين من تلاميذ المرحلة الإعدادية ممن تتراوح أعمارهم بين (١٢ —١٥) سنة و تم تقسيم العينة إلى اربع مجموعات كالتالي :

المجموعة الأولى : مجموعة السيكودراما .

المجموعة الثانية : مجموعة للممارسة السلبية .

المجموعة الثالثة : مجموعة السيكودراما والممارسة السلبية .

المجموعة الرابعة : مجموعة ضابطة .

الأساليب العلاجية المستخدمة في الدراسة :

أولا : السيكودراما :

استخدمت صفاء غازى الأسلوب العلاجي السيكودراما المتمثل في فنية لعب الدور والتي تعتبر من الأساليب الاسقاطية ، وتعد شكلا من اشكال العلاج النفسي الجماعي ومن خلال هذا الأسلوب يطلب من العميل أن يقوم بتمثيل مواقف ذات مغزى في حياته ، في حضور اشخاص آخرين يمثلون الأدوات المساعدة الذين يؤدون ادوارا متعددة . ومن ثم نجد أن المتلجلج يقوم بتمثيل دوره بشكل تلقائي بالاشتراك مع زملائه الأعضاء الآخرين في المجموعة ، مما يساعد على فهم ذاته بشكل افضل .

ثانيا : الممارسة السلبية :

استخدمت فنية الممارسة السلبية كإحدى فنيات العلاج السلوكي ، و يقصد بها تكرار السلوك المرضى (اللجلجة) بشكل متعمد أثناء جلسات العلاج كالتالي :

- أن يكرر المتلجلج كل حرف يتلجلج فيه عن عمد .
- أن يكرر المتلجلج كل مقطع يتلجلج فيه عن عمد .
- أن يكرر المتلجلج كل كلمة يتلجلج فيها عن عمد.

ويتم هذا التكرار عدة مرات بصوت مرتفع حتى يصل المتلجلج إلى السلاسة المطلوبة .

أشارت نتائج هذه الدراسة إلى فعالية الأساليب العلاجية المستخدمة لعلاج اللجلجة بصفة عامة ، مع اختلاف في درجة فعالية كل منهم حيث اتضح أن استخدام أسلوبي السيكودراما والممارسة السلبية معا أكثر فعالية من الاقتصار على احدهما ، فالأسلوب الأول يتناول الديناميات الكامنه وراء عرض اللجلجة بهدف التنفيس الانفعالي عن الصراعات واحداث الاستبصار واقتصار الأسلوب الثاني على ممارسة تدريبات كلامية بهدف تصحيح العيب الكلامي .

كما اتضح من نتائج الدراسة إن استخدام أسلوب السيكودراما الذي يكشف عن العوامل الكامنة وراء سلوك اللجلجة . اكثر فاعلية من استخدام أسلوب الممارسة السلبية الذي يتناول تصحيح العرض الظاهر فقط - هذا بالإضافة إلى نتائج الدراسة الاكلينيكية التي دعمت نتائج الدراسة السيكومترية واكدت على إن الجمع بين اسلوبي السيكودراما (التي تحاول أن تكشف الديناميات الكامنة) والممارسة السلبية (التي تحاول تصحيح عرض اللجلجة) هو الأسلوب الأكثر فاعلية في علاج اللجلجة .

كما استخدم واكابا (Wakaba 1983) اسلوب العلاج باللعب الجماعي في علاج اللجلجة ، وقد تكونت عينة الدراسة من ثلاثة اطفال .

الطفل الأول يبلغ من العمر اربع سنوات وستة اشهر ، وقد بدأت اللجلجة لدى هذا الطفل بعد دخوله الحضانة مباشرة عند بلوغه ثلاثة سنوات ، قبل هذا بشهر واحد ولدت أخت له .

الطفل الثاني يبلغ من العمر اربع سنوات و ثمانية اشهر، و ايضا لم تكن له أي إعاقة كلامية حتى ولدت اخت له بدا يتلجلج ، وكان وقتها يبلغ من العمر ثلاث سنوات . الطفل الثالث يبلغ من العمر خمس سنوات و ثلاثة شهور ، بدا يتلجلج عند بلوغه سنتين ستة اشهر، و قبل ذلك بستة أشهر تركته امه حيث ذهبت إلى المستشفى للعناية بإحدى قريباتها ، ومكثت هناك ستة أشهر ، وكان يراها في تلك الفترة إلا مرة واحدة كل اسبوع ، وكانت تعتني به في تلك الفترة إحدى الخادمات ، و قبل هذه الفترة لم يعاني الطفل من إي إعاقة كلامية ، ثم التحق بعد ذلك بالحضانة في سن أربع سنوات وتسعة اشهر ، وكان كثير الاعتماد على والدته رافضا تكوين صداقات مع غيره من اطفال الحضانة مكتفيا بملاحظتهم أثناء اللعب .

واستخدمت الدراسة الأدوات التالية في الدراسة :

أولا: مقياس لفظي:

استخدم على النحو التالي:

١ - مواقف ضابطة .

استبيان متصل بحياة الطفل اليومية

٢- مواقف ضابطة إلى حد ما .

استبيان متعلق بالصور(ستبيان مصور)

٣- مواقف غير ضابطة .

محادثة حرة لمدة ٣٠ دقيقة أثناء لعب الأطفال مع المعالج ، وقد سجل سلوك الأطفال في هذه المواقف السابقة عبر شريط فيديو وشرائط كاسيت ، كما قام ثلاثة ملاحظين بتسجيل نوعيه الأعراض المصاحبة للجلجة من خلال مرآة ذات رؤية من جانب واحد ، بالإضافة إلى ذلك كانت أمهات الأطفال تقمن بتسجيل شدة اللجلجة لدى أطفالهن في ذات اليوم بالمنزل .

ثانيا: مقياس النضج الانفعالي: Social Maturity

طبق هذا المقياس قبل بدء الجلسات العلاجية وعقب الانتهاء من الجلسات العلاجية كوسيلة لتقويم الأسلوب العلاجي المستخدم .

ثالثاً: مقياس للتعرف على شدة اللجلجة Rating severity of stuttering

أجرى العلاج باللعب الجماعي لمدة ساعة مرة واحدة كل أسبوع لمدة خمسة أشهر ، وكان المعالج الرئيسي يدير الجلسات العلاجية ، ويساعده أحد أخصائي العلاج الكلامي الذي كان يدير الجلسات العلاجية أثناء مناقشة المعالج مع أمهات الأطفال المتلجلجين للتعرف على مدى التقدم في العلاج ، طبق واكابا طريقة العلاج باللعب غير الموجه تبعا لمبادئ اكسلين (1974) Axline وكان للمعالج يعمل على توطيد العلاقات التفاعلية بين الأطفال في الجلسات الأولى من العلاج ، كما كان يوجد معالج آخر يقوم بإرشاد الأمهات للعمل على تهيئة بيئة أسرية سليمة .

وبتقدم العلاج وبتوطيد عمليات اللعب التعاوني Cooperative لاحظ المعالج خلالها إن حالات اللجلجة تظهر بشدة بعد مظاهر السلوك العدواني بين الأطفال ، وذلك لأن الطفل المتلجلج كان يشعر بتقبل من جهة المعالج اثناء جلسات اللعب العلاجية وبالتالي يختفي القلق لديه ، ويتصرف على طبيعته.

وتبدأ مظاهر السلوك ، العدواني في الظهور حيث ان الطفل استطاع قمع مشاعر الخوف والإحباط ومع ادراك الطفل لهذه المشاعر عن طريق إظهار السلوك العدواني ، بدأت العلاقات الاجتماعية التفاعلية في التأسيس في هذه المرحلة .

كما لاحظ المعالج أن فترات التقلب والتردد Fluctuation period لدى الأطفال ترجع إلى ظاهر السلوك العدواني واللعب التعاوني مع بقية الأطفال ، لان في هذه المرحلة ما يرد الطفل قويه يصبح واضحا وبالتالي يشعر بالراحة اثناء هذا التفاعل اللفظي مع بقية الأطفال المتلجلجين اللذين يمتلكون القدرة اللفظية نفسها عندما يلعبون مع بعضهم البعض ، هذه الحقائق تغير من إنتاج الكلام ، وهذه المرحلة تتفق مع مرحلة التقلب (التذبذب) (حيث ان تغيير طريقة الطفل في الكلام) ، ترجع إلى شعور الطفل بالراحة النفسية المتمثلة في مواقف العلاج باللعب الجماعي ، وتشير نتائج الدراسة الى انه نتيجة انخفاض شعور الأطفال بالقمع النفسي تجاه الكلام وانخفاض الخوف من التحدث مع الآخرين حيث تبع ذلك انخفاض ملحوظ في درجة اللجلجة لدى الأطفال .

كما قام المعالج بعمل مسح شامل لمتابعة الأطفال بعد (خمسة) سنوات و(ستة) اشهر عقب انتهاء فترة العلاج مما اكد فاعلية الأسلوب العلاجي المستخدم .

قام جان جوراج (1974) Goraj بدراسة بعنوان علاج اللجلجة كتدخل مفاجئ على عينة قوامها (٦٦) فردا ممن يعانون من اللجلجة الشديدة ويعتبر مفهوم التدخل المفاجئ Intervention crisis الذي ينشأ عندما يواجه عقبة تعيق تحقيق أهداف هامة .

يتحدد البرنامج في النقاط التالية :

- تدريب المتلجلجين على استخدام بعض أساليب العلاج الكلامي .

- الانضمام إلى جماعة علاجية مكونة من (٢ إلى ١٠) أشخاص تجتمع مرتين أسبوعيا في أحد هاتين المرتين يتم التركيز على الانفعالات والمخاوف التي تعانى منها الحالات .

- وفى المرة التالية يبدأ بعمل تدريبات كلامية ، و تحسين حالة اللجلجة والمظاهر المختلفة لسلوك اللجلجة ، ويمر المتلجلج في هذه الجماعة بخبرة أن هناك آخرين يعانون من نفس الإعاقة الكلامية وتعد هذه الخطوة جادة نحو خطى العلاج ، فهم كجماعة يشجعون بعضهم البعض ويعملون على رفع الروح المعنوية فيه ما بينهم .

ويتم التركيز في جلسات العلاج الجماعي على المواقف التي لها مغزى في حياتهم ، وترتبط بانفعالات قوية ، حيث يتم وصف أحد الأعضاء لمشهد من المشاهد سيتم تمثيله ويتذكر الانفعالات الأليمة المقترنة بهذا المشهد ، واستخدم جان جوراج Goraj الفنيات العلاجية التالية في جلسات العلاج الجماعي :

فنية لعب الدور :

يتم تمثيل مشهد من المشاهد من الحياة الواقعية يكون له أهمية بالنسبة للأعضاء ، وهذا يتيح الفرصة لمناقشة الأحداث الواقعية على مستوى أعمق من مجرد سرده ، كما يتم التركيز على مشاركة أعضاء الجماعة لانفعالات الآخرين

فنية الكرسي الخالي :

تعد هذه الفنية ذات فائدة كبيرة في توضيح المشاعر المتضاربة التي يشعر بها المتلجلج ، ويتم تطبيقها عن طريق توجيه الشكوى إلى نفسه بأن يتصور نفسه جالسا على كرسي خالي أمامه ويبدأ في مخاطبة جزء من ذاته يتهمه بأنه لا يساعده ويقلل من شأنه ويحاول أن يدرك أن لجلجاته كجزء من شخصيته معزولة عنه ، ويساعده المعالج على تفهم إعاقته الأساسية واضطرابه النفسي الذي بدأ في مرض اللجلجة.

ويقوم أعضاء الجماعة الآخرين بالمساعدة على تفهم إعاقة كل منهم الآخر ، ولكن للمشارك في الجلسات العلاجية استخدام فنية الكرسي الخالي عدة مرات ليواجه

ذاته موضحا نقاط الصراع الأساسية ، و قد يطلب من الفرد ان ينزل العقاب على من يتسبب في مشاعر الألم وبالتالي يمكن للغضب ان يكون كرد فعل .

كما يمكن استخدام مواد فنية كالرسم وباستخدام الألوان المائية ، الخيوط الملونة، القيام بعمل أقنعة ، وقد تكون - هذه الأقنعة قبيحة الشكل ، وقد تكون اقنعة مقبولة تعكس انفعالاتهم .

والغرض من تطبيق هذه الأساليب السابقة ان يدرك المتلجلج انه مسئول عن لجلجته حيث يدرك ان تقلص الحنجرة و الضغط على اللسان يساعد على إعاقة تنفسه وبالتالي حدوث اللجلجة ، كما يتم تشجيعه على مراقبة نفسه اثناء التحدث في المرآة ويتعرف على الحركات الثانوية الملازمة للجلجة ومن ثم يمكن ان يخفض من تلك الحركات . كما كان المتلجلج يستخدم (التليفون) للتحدث من خلاله وإقامة حوار مع آخر غريب للسؤال عن إرسال طلبات من إحدى المحلات ، أو الحجز في احد المسارح .

وعن طريق تسجيل عينة من كلام المتلجلجين قبل وبعد استخدام الأساليب العلاجية ، بدا واضحا أن استخدام الأساليب العلاجية السابقة الذكر تؤدى إلى تقبل الإعاقة من خلال إتاحة الفرصة للتعبير عن الذات ، كما تحسنت طلاقتهم اللفظية ، وانخفضت نسبة اللجلجة بشكل ملحوظ .

كما استخدمت اورسولا شايدجر (Scheidgger (1987 اسلوب اللعب لعلاج الأطفال المتلجلجين وذلك بهدف :

إتاحة الفرصة للطفل المتلجلج لكي يخبر النمو في جو يتسم بالتقبل والدفء والود ، ذلك لكي يساعد الطفل على ان يثق بنفسه وبمقدرته على التخلص من اللجلجة ، وليتعلم مواجهة ظروف البيئة المحيطة به .

تلقى الأطفال عدة جلسات علاجية باللعب ، ولقد استخدم الأطفال الكثير من أدوات اللعب مثل ألعاب النرد (الزهر) وألعاب خاصة بالشواطئ كالجاروف والرمال والماء لبناء الأبراج والسدود ، ودمى تمثل الجنود الأعداء ، ورعاة بقر ، والهنود الحمر ،

وتعتقد ارسولا شايدجر ان الهدف من هذه الألعاب هو التغلب على الصراعات الدفينة لدى الأطفال ولكي يتعلم الأطفال كيفية مواجهة الهزيمة بشجاعة مثلما يواجهون الانتصارات . ولقد تم العلاج وفقا لثلاث مراحل :

المرحلة الأولى : تأسيس علاقة بين المعالج والطفل :

حيث اعتبرت فترة تعارف بين الطفل والمعالج لتصبح مدخلا للتجاوب مع الطفل ولكي يتعود على مواقف اللعب .

المرحلة الثانية : مرحلة الحوار :

وهي مرحلة الحوار لمناقشة الصراعات والتعرف على الصراعات الدفينة ، وإسقاط مشاعر الأطفال على ادوات اللعب وعلى المعالجة نفسها ، وتوطيد العلاقة للمعالجة بالطفل ، ولقد وجد كثير من الأطفال المتلجلجين انفسهم في مواجهة مشكل صعبة خاصة العاب المنافسة والمسابقات التي تنتهي بفائز او مهزوم ، فكان الأطفال يبذلون كل ما في وسعهم حتى ينجحوا ويتجنبوا الهزيمة ، ويصاب كثير من الأطفال بالإحباط عندما يدركون أن للحظ دورا كبيرا في بعض الألعاب مثل النرد (الزهر) ، ووجد انه عندما استطاع بعض الأطفال التخلص من التقيد بضرورة النجاح في اللعب بغض النظر عن النتيجة ، وجد أنهم تخطوا خطوة الى الأمام نحو تأكيد ذواتهم .

المرحلة الثالثة : مرحلة الاستقلال :

في هذه المرحلة يستقل الطفل وينفصل عن المعالجة والموقف العلاجي ككل مع توطيد إمكانيات الحياة الجديدة المكتسبة وربطها بالتعامل اليومي.

ولقد قامت المعالجة بإجراء عدة لقاءات مع أولياء أمور الأطفال لكي تتعرف على الآتي :

١- تاريخ الحالة وعلاقاته بالأسرة و علاقة ذلك باللجلجة .

٢- إعطاء الوالدين فكرة واضحة عن جلسات العلاج باللعب .

٢- إعطاء للوالدين فكرة عن مدى أهمية تعاونهم مع المعالجة باعتبار أنه شيء أساسي في العلاج ، وله تأثير كبير على الطفل ، أما إذا طلب الطفل من المعالجة عدم إجراء أحاديث مع والديه فكانت المعالجة تحترم رغبة الطفل تجرى مقابلات معهم (وكان يحدث هذا مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٦-١٣) سنة . ولقد أسفرت الدراسة عن :

١- تغير في شخصية الطفل .

٢- تزايد وعى الطفل وإدراكه لذاته ، وتعرفه على قدراته ورغباته وبالتالي استطاع التكيف مع مواقف اللعب المختلفة .

٣- ازدياد خبرات الطفل الإيجابية حيث ظهر ذلك أثناء تعامل الطفل مع أسرته ، كما تزايد عدد الأصدقاء بالمدرسة .

٤- انخفاض شدة اللجلجة .

كما ترى المعالجة أن الأهم من انخفاض درجة اللجلجة هو تغيير اتجاه الطفل نحو قصوره اللفظي ، وتراجعه من بؤرة اهتمامه ، وبالتالي انخفاض درجة اللجلجة لدى بعض الأطفال ، كما اختفت تماما عند البعض الآخر ، ويتضح من ذلك أن العلاج باللعب يساعد الأطفال في تفتحهم الشخصي وفي التغلب على الاضطرابات اللغوية التي يعانون منها.

وبذلك نجد أن مسئولية العلاج هي مساعدة المتلجلج ليس فقط التغلب على أعراض اللجلجة ولكن الأهم هو مساعدة الفرد على أن يجد نفسه كفرد وأن يحول الطاقات الكامنة بداخله إلى طاقات للعمل المبدع ، وعلاقات إنسانية أفضل يحول مسئولية نفسه حتى يستطيع في النهاية تحقيق ذاته كإنسان وسوف نقدم البرامج العلاجية التي يمكن الاعتماد عليها في علاج اللجلجة .

البرنامج الأول :

قدمته باربارا دومينيك Dominick (1959 : 961 - 959) لعلاج اللجلجة مكونا من مرحلتين و هما :

المرحلة الأولى :

لعلاج صغار المتلجلجين الذين تتراوح اعمارهم بين (٥- ١٠) عندما يكون الطفل أقل قلقا بشأن قصوره اللفظي ، ولم يتعرف بعد على تلك المشكلة هنا يكون العلاج عن طريق اعطاء إرشادات للوالدين خاصة لأسلوب معاملتهم للحالة ، وعن طريقهم يتم تخفيف التأثيرات البيئية غير المرغوب فيها ، هنا يصبح الاهتمام موجها تجاه الوالدين وكيفيه معاملتهم ، وذلك للعمل على إتاحة الفرصة لمناخ أسرى سليم ؟ ولتخفيف التأثيرات غير المستحبة ، وذلك بهدف مساعدة الطفل على تخفيف حدة صراعاته الداخلية حتى تحد من استمرار وتطور المشكلة الى مرحلة (اللجلجة الحقيقية) .

ويتخذ علاج الآباء شكل إرشادات توجه لهم بهدف تحسين علاقة الوالدين بالطفل عن طريق اتباع نقاط منها:

١ - عدم أشعار الطفل بانه شاذ او مختلف عن الآخرين في طريقة كلامه حتى لا يكون حساسا نحو الطريقة التي يتحدث بها .

٢- تحسين صورة الطفل بصفة عامة .

٣- العمل على تحسين المناخ البيئي المحيط بالطفل ، والتخفيف من حدة العوامل التي تعمل على اثاره التوتر والاضطراب للطفل .

4- تنمية الشعور بالثقة والمسئولية والحب المتبادل والاحترام لدى الطفل

٥- العمل على تنمية شعور الطفل بالاتساق مع نفسه .

٦- تشجيع الطفل قدر الإمكان على الاندماج بحرية مع الأطفال الآخرين

٧- مساعدة الطفل على النمو نموا سليما وعلى التعرف على طاقاته الكامنة وقدراته الابتكارية .

٨- تنمية الشعور بالحب والود المتبادل والانتماء بين افراد العائلة

وتضيف دومينيك Dominick ان تلك الأهداف تبدو شاملة جدا بحيث تبدو من الصعب تحقيقها ، ولكن حتى التنفيذ الجزئي لتلك الأهداف ممكن أن يساعد الطفل المتلجلج في كفاحه من اجل تحقيق الذات والتغلب على قصوره الكلامي .

المرحلة الثانية (العلاج للمتلجلجين الراشدين) :

عندما يصبح الطفل مدركا لصعوبة الكلام ويتاثر تماما بمدى ردود افعال الناس تجاه قصوره اللفظي . والعلاج في هذه المرحلة مختلف عن المرحلة الأولى حيث يكون الهدف منصب على شخصية المتلجلج وتصحيح كلامه اللفظي ، هنا يجب الاهتمام بمساعدة المتلجلج على أن يتعرف على ذاته وتحقيق وجوده الشخصي ، وذلك من خلال المبادئ الآتية :

- تشجيع المتلجلج على ان يبدا ويستمر في العلاج :

كثيراً من المرضي تكون لديهم فكرة مسبقة عن ان عملية العلاج ليست بالأمر السهل ، وان العلاج يحتاج لمعجزة حتى ينجح لذلك فإنهم غالبا يكونون حذرين ، وفى الوقت نفسه لديهم رغبة حقيقية في تلقى المساعدة للعلاج ، ولكن لديهم مقاومة لهذا العلاج و ينبغي على المعالج ان يشجع المريض على الاستمرار قدر الإمكان في العلاج ، وان يعطيه بعض المعلومات المتعلقة بالعملية العلاجية وحدودها .

فيحاول المعالج التخفيف من حدة شك المريض وقلقه على نفسه بإقامة علاقة بينه وبين المتلجلج تتسم بالود والحزم ، في الوقت نفسه فإنه يستطيع أن يطمئن المريض بقوله : " نعم أنا ليس كل لدى شك في مقدرتي على مساعدتك وعلى حل مشكلاتك بشرط أن تكون مستعدا للتعاون معي ، فإذا ساعدتني فانا واثق من نجاحنا " .

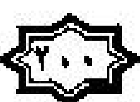
- على المعالج ألا يعمل على إزالة أعراض المرض فقط ، وإنما يجب التعامل مع البناء الشخصي للفرد ككل ، ويأتي هذا عن طريق ما يحاول المتلجلج أن يعبر عنه عندما يتكلم خاصة في المواقف التي تزداد معها درجة اللجلجة وأن يحاول التعمق للتعرف على المعاني الخفية لكلام المريض من قلق وخوف ومشاعر عدائية ورغبات متناقضة .

- تخفيف حدة الاضطراب في علاقة المعالج بالمريض ، وذلك بأن تتسم العلاقة بين المعالج والمريض بالحزم ، وفي الوقت نفسه تتسم بالدفء والود ، وبهذه الطريقة يتلقى المعالج الاحترام من قبل المريض ، و يكون قادرا على أن يشعر المريض بقدر من الأمان .

- تحرير المريض من القلق والخوف المتعلق بالاضطراب ، قد نجد المتلجلج يعيش في خوف مستمر من تهديد بنائه الذي يحميه مع ما يصاحبه من خوف من التمزق والضياع ، فإنه يمكن مساعدته بأنه يشعره بالأمل والتخفيف من الشعور بالإحباط ، وبانخفاض نسبة القلق والتهديد فإنه سيكون قادرا على مواجهة صراعاته ، وتكون لديه الشجاعة ليس لتقبل نفسه كما هي في الواقع ، وأيضا تكون لديه الشجاعة لأن يغير نفسه.

يعتقد برو مفيتوبيك (Brumfitt & Peake (1988 : 35 أن علاج اللجلجة للراشدين كان وما يزال يحتل مكانة كبيرة من قبل الدارسين والمعالجين ويشتمل جزء كبير من هذه المناحي على تدريب المتلجلجين أو مساعدتهم على إعادة تغيير اتجاهاتهم نحو اضطراب اللجلجة .

وهناك محاولات عديدة للتخلص من اللجلجة باستخدام العقاقير حيث استخدمت بهدف تخفيف حدة القلق التي يعاني منها المتلجلجين ، وكان استخدامها بقدر معين بحيث لا يؤثر ذلك على وعي المتلجلج وإدراكه ولكن وجد أن هذه الطريقة لم تأت بالنتائج المرجوة ومن الأفضل استخدام أسلوب علاج كلامي كعامل مساعد بجانب تعاطي هذه العقاقير .



البرنامج الثاني :

يقدم ميلدرد بيرى ، وجون أيزينسون Berry & Eisenson (1956: 284 - 278) برنامجا لعلاج اللجلجة أساسه الوقاية من الوعي بالقصور اللفظي ، ويتحقق ذلك الوعي من خلال التحكم في رد فعل الكبار المحيطين بالطفل عندما تحدث اللجلجة (في المرحلة الأولية للجلجة) .

وفى هذا يقول فان ريبر : " ان أسلوب معاملة الطفل للتلجلج في المرحلة الأولية هي أن تدعه و تتعامل مع أبويه و مدرسيه " .

ولهذا يعتقد بيرى وايزنسون أن العلاج الفعال ينبغي ان يشمل الآباء لأنهم مصدر للمعلومات عن الطفل ، كما يكون باستطاعة المعالج التعرف على اتجاهاتهم نحو الطفل ، فيجب استخدام فنيات العلاج عن طريق الأباء والمحيطين بالطفل وبواسطة المعالج أيضا .

وتتلخص إجراءات العلاج فيما يلي :

١- المحافظة على الصحة :

غالبا ما يرافق المريض مظاهر قصور مؤقت في القدرة على الأداء اللغوي ، وبالتالي تزداد درجة اللجلجة في تلك الفترات وينبغي على الآباء أن يضعوا ذلك في تقديرهم حتى لا يتسبب ذلك في قلق زائد على الطفل ، وينعكس عليه فيما بعد . كما ينبغي العناية بصحة الطفل المتلجلج بصورة عامه وإعطاء الوقت الكافي للراحة والنوم لما لذلك من تأثير على الكفاءة اللفظية.

٢ - تحديد الظروف المرتبطة بنقص الطلاقة اللفظية :

التعرف على معاملة الأفراد المحيطين بالطفل بصفة دائمة وخاصة الوالدين من أجل تحديد الظروف والمواقف المرتبطة بنقص الطلاقة اللفظية .

عمل حوار كلامي مع الطفل بعيدا عن والديه وعمل حوار أخر في حضورهم من أجل التعرف على تأثيرهم على نوعية وطبيعة نقص طلاقة الطفل إذا ما حدثت اللجلجة .

٣- ضرورة إرشاد و توعية الوالدين :

بان لجلجة الطفل في الصغر (المرحلة الأولية) شئ طبيعي ، لكن ينبغي الا يلام الآباء على قلقهم في القصور اللفظي لأطفالهم ، وإنما يجب أن يعرفوا أن الاهتمام الزائد قد ينتقل إلى الطفل فيصبح قلقا وغير مطمئن تجاه قصوره اللفظي ، ولذلك فنقص الطلاقة اللفظية بدون وعى من الطفل او قلق يعد سلوكا طبيعيا وليس مرضيا .

٤- توعية الوالدين ببعض الحقائق الخاصة بالطلاقة اللفظية مثل :

أ- ترتبط الكفاءة اللفظية بوضع الطفل وترتيبه في الأسرة ، فالطفل الأول أو الوحيد في الأسرة يكون اكثر طلاقة من الطفل الثاني والثالث .

ب - تعد الإناث اكثر براعة في تعلم الكلام بالمقارنة بالذكور وبالتالي فهن اكثر طلاقة من الذكور .

٥ - تحليل المواقف المرتبطة بزيادة شدة اللجلجة ، ينبغي التعرف على المواقف المرتبطة بحدوث اللجلجة من خلال إجابات الأسئلة الآتية :

١ - هل تحدث اللجلجة في وقت معين من اليوم ؟

٢- هل تحدث اللجلجة مع أفراد معينين ؟

٣-هل تحدث اللجلجة في مواقف مرتبطة بخبرات مخيفة سابقة ؟

٤- هل تشتد درجة اللجلجة عندما يكون الطفل متعبا ؟

٥- هل تشتد درجة اللجلجة عندما يسأل الطفل اسئلة مباشرة تتطلب إجابات محددة ؟

٦- هل تحدث في كلمات معينة ؟

٧- هل تحدث عندما يحاول الطفل لفت الانتباه ؟

٨- هل تزداد نقص الطلاقة في حضور مستمع ناقد ؟

ان الإجابة على هذه الأسئلة تساعد في معرفة ما إذا كان نقص الطلاقة تعد استجابة لضغط مكثف ، وإذا كان هذا الضغط هو السبب فمع من أعضاء بيئة الطفل يكون أكثر ؟ فإذا كان الطفل يعيش في بيئة تفتقر إلى الاهتمام ، فقد تكون اللجلجة من اجل شد الانتباه إليه .

وإذا كان الطفل يتلجلج أكثر في وقت معين من اليوم فيجب دراسة يحدث في الفترة التي تسبقها أو التي تليها وإخضاع تلك الفترة للفحص والتقويم اما إذا تكرر حدوث اللجلجة عندما يكون الطفل مرهقا أو متعبا فالأفضل يشجع الطفل على كثرة الكلام حتى لا تساعده على إدراك قصوره اللفظي ، ينبغي أن تقول له " لا تتكلم الآن لأنك متعب ولا تتحدث جيداً " .

اما إذا ارتبط حدوث اللجلجة بكلمات أو مواقف معينةفيجب تحديدها ، فإذا كانت الكلمات تمثل أفكارا أو مواقف مرتبطة بضغوط نفسية معينة فالأفضل إزالة تلك الضغوط عن الطفل أو تخفيفها ، وإذا لم تستطيع فيجب مساعدة الطفل على فهمها وتقبلها في حدود قدراته ، فغالبا ما يكون البالغين غير مدركين لدى محاولة المقاطعة والتجاهل لحديث الطفل ، وقد يحاول الطفل مناقشتهم فإذا نجح في ذلك يأمره الوالدين أن يلزم الصمت وإذا فشل فقد يشعر بالإحباط ، وفي كلتا الحالتين فان الطفل يمر بتجربة المقاطعة المفروضة عليه ومن ثم فإنه يلزم الصمت ، وبتكرار مثل هذا النوع من الخبرات فقد يبدأ الطفل في كبت كلامه الخاص أو محاولته للنقاش ، وينتج عن ذلك مقاطعه النطق والتردد و الإعاقات الكلامية .

٦- توفير فرص تتيح طلاقة الكلام نسبيا :

فلقد أوصينا مبكرا الا نشجع الطفل على الكلام في مواقف يتكرر فيها حدوث اللجلجة ، وعلى العكس من ذلك فينبغي أن يشجع الطفل على الكلام في المواقف التي يكون فيها طلق الحديث ، وهذه المواقف عادة ما تكون خالية من التوترات أو الضغوط النفسية ، ومن ثم فيكون لدى الطفل فرصة لممارسة الكلام بأسلوب يرتاح له الكبار،وهذا يساعد على تدعيم الطلاقة اللفظية لدى الطفل .

البرنامج الثالث :

يقدمه ميريل مورلي (1972:463-457) Morley يتضمن البرنامج العلاجي النقاط التالية :

١ - تفهم طبيعة اللجلجة وكيفية توافق المتلجلج مع نفسه .

٢ - ممارسة تدريبات للاسترخاء.

٣ - القيام بتدريبات تساعد المتلجلج على التحكم في تقلصات أعضاء الجهاز الكلامي .

٤- إجراء مناقشات تتعلق بالصعوبات التي يعانيها المتلجلج في المواقف الكلامية .

٥- ممارسة العلاج الكلامي الجماعي حتى يمكن إكساب المتلجلج ثقة عند التحدث

١ - التوافق مع اللجلجة :

يرى ميريل مورلى Morely ان المتلجلجين لديهم خوف عميق من ان يهم شيئا خاطئا ، وأنهم مختلفون عن الآخرين ، وتلك الأفكار والمشاعر تكون نتيجة طبيعية لرد فعل الآخرين نحو إعاقتهم . فالمتلجلج لديه القدرة لأن يتكلم بشكل طبيعي ولكنه لا يستطيع الحفاظ عليها تحت كل الظروف ، ومن ثم فإنه يميل لاعتبار اللجلجة شئ مثير للإزعاج لأنه يعوق التعبير عما يجول بخاطره .

ومع ذلك يرى مورلى Morley ان تلك المشكلة لا تتعارض بالضرورة مع الحياة حيث نجح كثير من المتلجلجين في التغلب عليها . إذا تم مساعدة للتلجلج لأن يتقبل لجلجته بشكل موضوعي قدر الإمكان ولن يأخذ هذه الإعاقة في الاعتبار دون خوف او انفعال وبذلك يتم تشجيع الاتجاه الإيجابي المرتبط بالثقة في قدرة المتلجلج على التحدث دون لجلجة .

٢- العلاج عن طريق ممارسة تدريبات الاسترخاء :

لقد تم تأييد هذه الوسيلة العلاجية من قبل بعض المعالجين لأنها تعطى تحسن سريع وتلقائي في الكلام وتؤدى إلى انخفاض نسبة التوتر العصبي .

كما إن ممارسة أسلوب الاسترخاء بانتظام يؤدى إلى الشعور بالراحة والتخفيف من التعب البدني والذهني ، وفي الوقت نفسه يساعد على الهدوء النفسي الذي يؤدى إلى زيادة الكفاءة و الثقة في قدرة الفرد على مواجه الحياة ، ومن مزاياه أنه يساعد على التحكم في الانقباض العضلي الحقيقي للجلجة ذاتها .

وأثناء ممارسة المتلجلج لأسلوب الاسترخاء فانه يشعر بسهولة إنتاج الكلام بطلاقة مع الاسترخاء ومن ثم يربط المتلجلج بين الطلاقة اللفظية والشعور العام بالبساطة ، ويتم العلاج من خلال تدريبات في ممارسة التفكير بعمق ثم تدريبات على النطق مع التنفس العميق وحركات تحريه سهلة لعضلات الوجه ، وممارسة السهولة أثناء الكلام تزيد الثقة ، وتعمل على تنمية نموذج لكلام إيقاعي سهل دون مجهود مما يؤدى إلى انخفاض درجة اللجلجة .

٢- تدريبات تساعد على التحكم في أعضاء الجهاز الكلامي :

معظم المتلجلجين يريدون التعرف على تدريبات تساعدهم على التخلص من أعراض اللجلجة ، وإن تكون تلك التدريبات يمكن ممارستها بالمنزل ، فمثلا قد يطلب منهم ممارسة القراءة بالمنزل بصوت مرتفع حيث إن الكلام منفردا يجعل المتلجلج يعتاد على الطلاقة بإيقاع طبيعي ودون مجهود . كما تعتبر الممارسة Negative Practice من الأساليب التي تساعد على التخلص من أعراض اللجلجة حيث يطلب من المتلجلج إن يعمد إلى تكرار الكلمة التي يتلجلج فيها مرة بعد مرة عبر فتره زمنية قصيرة جدا أو بدون فترة زمنية فاصلة بين هذه التكرارات . (Yates, 1970 ; 123)

وفنية الممارسة السلبية تقوم على مبدأ الفصل بين العادات اللا توافقية ، ونتائجها التعزيزية ، وذلك طبقا للبند الرابع من المسلم التاسع لنظرية هل (حينما تتابع استجابات غير معززة في فترات زمنية قصيرة ، يزداد الجهد الكاف كدالة نمو موجبة لعدد المحاولات غير المعززة ، وهكذا تحدث ظاهرة الانطفاء التجريبي)

وطبقا لهذه النظرية نجد ان المتلجلج يقوم بتقليد وتكرار اللجلجة بشكل إرادي وشعوري عدة مرات دون تلقى اي تعزيزات حتى يصل إلى السلامة المطلوبة ، وبذلك نجد ان فنية الممارسة السلبية تندرج تحت مبدأ للممارسة غير التعزيزية للسلوكيات واللاتوافقيه ، مما يؤدى إلى ظاهرة الانطفاء التجريبي .

(حسام الدين عزب ، ١٩٨: ١٨٥)

٤- المناقشات :

أثناء فترة العلاج يفضل مناقشة المشكلات التي تواجه المتلجلج في المواقف المختلفة وتقديم المقترحات ومناقشتها مع المتلجلج فيما يتعلق بالأسلوب الذي تتلاءم مع كل مشكلة في محاولة إنهاء تلك الصعوبات وكذلك يطلب من المريض الا ينزعج لحدوث اللجلجة وأن يتقبلها ويتعلم كيف يتحكم فيها .

٥- العلاج الجماعي :

يدخل المتلجلج كفرد في جماعة علاجية حيث يقابل آخرين يشاركونه التجربة نفسها ، وبذلك تتوفر الفرصة لممارسة الكلام في مواقف سهلة ، ومناقشة ومقارنة مشكلاتهم الشخصية في الكلام ، هنا يتكون ثبات تدريجي لكلام لكثر طلاقة وظهور اتجاهات وردود فعل جديدة تجاه المواقف المرتبطة بالكلام .

ويساعد العلاج الجماعي على انخفاض حدة اللجلجة لأقصى حد وانخفاض حدة التقلصات الصاحبة لحدوث اللجلجة وينمى ثقة الفرد في التعامل مع الآخرين في مواقف حياته الأخرى .

البرنامج الرابع :

يقدمه هوجر جريجورى (104-109 :1986) Gregory

لاحظ جريجورى Gregory ان الأطباء المعالجين للجلجة يركزون على اربعة مجالات لعلاج الأطفال المتلجلجين وهم :

١ - الضغط الاتصالى (مثل الطريقة التي يتكلم بها الآباء مع الطفل اي درجة سرعة الكلام) .

٢- التفاعل العام بين أفراد الأسرة " ضغط العلاقات الشخصية المتبادلة ".

٣- فروق النمو اللغوي والحركي .

٤ - الطلاقة اللفظية .

ويقرر جريجورى Gregory انه اصبح هناك اهتمام خاص بالعوامل التفاعلية بين الوالدين والطفل ، وأنها تحتاج بالفعل الي تعديل ، فينبغي التعرف عليها ، وتقويمها قبل استخدام اي وسية علاجية ، اما الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل المتلجلج فهو الكلام ببطء ، واستخدام الكلمات السهلة مع التدريب المستمر على التنفس العميق ، وزيادة في طول أجزاء الكلام ، ولا ينبغي دفع الطفل لأن يسرع في الكلام ومقاطعته اثناء الكلام ، او عدم الانتباه لما يقول .

كما اهتم جريجورى Gregory بعلاقة المعالج بالطفل المتلجلج في هذه المرحلة العمرية (مرحلة الطفولة) حيث ركز على اهمية العلاقة الإيجابية التي تتسم بالود والتقبل وأنها تعد من الأمور الحاسمة من أجل علاج ناجح ، فيجب على المعالج أن يكون متفهما لحالة الطفل ، ويجيد الاستماع لمشاعره التي تدور حول مشكلة اللجلجة .

بالنسبة للمتلجلجين الراشدين يقرر جريجورى انه لا ينبغي تقديم وسيلة لعلاج اللجلجة و إنتاج الطلاقة اللفظية بسهولة ويسر ، ولكن الأفضل أن يصغي المتلجلج إلى لجلجته ، وأن يتعرف على سلوكه الكلامي اثناء حدوث اللجلجة وبالتدريج يتعرف على طريقة كلامه عن طريق التفكير وبعد ذلك يرى كيف انه يستطيع ان يتلجلج

بسهولة أكبر ، وبهذا الأسلوب فان المتلجلج لا يتجنب حدوث اللجلجة بالقدر الكافي ، لأنه استطاع دراستها وتحديد اعراضها ، وفى هذا الصدد يؤكد شيهان Sheehan ان المصابين باللجلجة يحتاجون لأن يدركوا بشكل اكثر واقعية ادوارهم المزدوجة كافراد يتلجلجون ، وايضا كافراد يتكلمون بشكل طبيعي .

ولقد اعطى جريجورى اهتماما خاصا بمتابعة المريض بعد العلاج حيث يقرر انه قد ينخدع كلا من المعالج والمريض الى السهولة الواضحة في تعديل اللجلجة في العيادة وأن المتلجلج أصبح يتكلم بطلاقة .

ولذلك ينصح المعالج بان يخطط لتعميم تلك الطلاقة المكتسبة في المواقف التي تقابل المريض خارج العيادة ، ومن المفضل استخدام التحصين التدريجي بأن يعمل المعالج تسلسل هرمي للمواقف الكلامية، ومن الأسهل للأكثر صعوبة ، وبالتدريج يتم ملاحظة اسلوب الكلام ، وسلوكيات أخرى على التوالي .

من الأمور الهامة التدريب على ضبط الذات وتقويم الذات ، ولذلك اكدت عدة برامج على اهمية تلك القدرة من بداية العلاج ، فإذا كان المتلجلج لا يستطيع مراقبة وتقويم ذاته فكيف يصبح التحول ناجحا .

البرنامج الخامس :

قدم فرانسيس فريما (681 - 685 : 1982) Freema الذي عمل ما يقرب من مدار نصف قرن في البحث عن علاج اللجلجة ، وهذه وجهة نظره في العلاج حيث يرى أن العلاج الجيد للجلجة ينبغي ان يبنى على اساس تفرد كل انسان وظروفه الخاصة واحتياجاته الحالية والمستقبلية ومدى إدراكه لمشكلته بمعنى ان العلاج ينبغي أن يشتمل على خطة علاج فردية ذات اهداف محددة مع ضرورة عمل متابعة ملائمة لمشكلات الفرد وظروفه واحتياجاته.

ومن سمات العلاج الجيد انه :

١ - ينمي وييسر النمو الشخصي .

٢- يعمل على تقبل الفرد لذاته والثقة في مقدرته على كفاءة الاتصال Communicative adequacy .

٣- يؤدى إلى تحسين الطلاقة وإلى القدرة على التحكم الإرادي في إنتاج الكلام المقبول اجتماعيا .

والعلاج لا ينتهي بالوصول إلى طلاقة جيدة في مواقف العلاج وإنما العمل على توفير تدعيم مناسب لتقوية الطلاقة في مواقف الحياة الأخرى للحفاظ على الطلاقة المكتسبة .

ولقد قسم فريما Freema برنامجه العلاجي إلى ثلاث مراحل :

١ - المرحلة الأولى خاصة بالأطفال الصغار (في بداية اللجلجة) .

٢- المرحلة الثانية خاصة بالأطفال (المدركين للقصور اللفظي للجلجة)

٣- المرحلة الثالثة خاصة بالمتلجلجين الكبار .

اولا : الأطفال الصغار :

يرى فريما إنه في حالة الطفل الذي بدأ لتوه في اللجلجة لا ينبغي أن تخبر الوالدين بعدم القلق أو تجاهل المشكلة لأنهم لن يكونوا قادرين على تجاهل مشكلة الطفل ، وانه يجب ان يعرفوا بأنها مسئولية معالج متخصص يعمل على توفير خطة علاجية بناءة ، وخطة العلاج هدفها تخفيض أو إزالة الضغوط المسببة لحالة اللجلجة مثل :

١ - الضغوط البدنية :

يجب ان يشتمل البرنامج العلاجي على تنظيم وقت الطفل ، وتوفير وقت كاف للنوم والراحة ، والتغذية المنتظمة لإزالة التعب الذي قد يزيد من مظاهر القصور اللفظي .

٢ - الضغط الانفعالي :

مساعدة الآباء على تخفيف مصادر الضغط الانفعالي على الطفل خاصة بالنسبة لبعض المواقف المرتبطة بالضغوط الانفعالية ، مثل مواقف التغذية ، والتدريب على استخدام الحمام ، وإرغام الطفل على النوم ، هنا ينبغي إرشاد الوالدين لاستخدام أساليب قائمة على التفاهم المتبادل بينهم وبين الطفل لحل هذه المشاكل بهدوء ودون ضغوط انفعالية .

٣- الضغط الاتصالي :

إرشاد الوالدين إلى أهمية خلق مواقف اتصالية سارة وناجحة مع الطفل ، ففي التعامل مع آباء الأطفال المصابين ببدايات اللجلجة من المهم أن يتعرف والدي الطفل المصاب ببداية اللجلجة على الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل .

فإن النموذج المرغوب من اجل تخفيض حجم اللجلجة ، هو الكلام ببطء مع إطالة قليلة في الحرف ، بالإضافة إلى انه عندما يتوقف الكبار يفكرون هم قبل الكلام ، فانه يكون لدى الطفل وقت ليفكر أيضا قبل الكلام .

فالقاعدة ، " لا تخبر الطفل أن يبطئ ، أو يتكلم بهدوء ، أو يفكر قبل الكلام ، ولكن وضح له كيف يفعل تلك الأشياء عن طريق تقديم تلك النماذج في كلامك معه ".

ثانيا : المتلجلجون الراشدون :

هنا يجب التركيز على تخفيف الانفعالات السلبية والعمل على تيسير التوافق الشخصي ، ويرى فريما أن هناك بعض أساليب العلاج الكلامي تؤدي إلى تحسن مؤقت لحجم اللجلجة ، ولكن المشكلة العظمى ليست في تعليم المتلجلج أن يتكلم بدون قصور لفظي ، و لكن الأهم مساعدته في أن يعمم تلك الطلاقة في مواقف الحياة اليومية وليست في مواقف العلاج فقط .

ويوجد ثلاث عوامل مرتبطة بهذا المجال :

١- يحتاج المعالجون والمتلجلجون إلى أن يتعرفوا على المجهود المفروض بذله من أجل الحفاظ على الطلاقة بينما يمكن تعديل الكلام في فترات قصيرة من العلاج المكثف ، فإن التعود على هذا الأسلوب الجديد ، وصيانته ، والحفاظ عليه ، يحتاج إلى رعاية وتدعيم منتظم ومساعدة على فترات ممتدة .

بمعنى أنه على المتلجلج أن يقدر الصعوبات المرتبطة لكيفية الحفاظ على طلاقته ، وهنا هو يحتاج إلى أن يتحرر من الشعور بالذنب والفشل والاكتئاب الذي يصاحب فترات الانهيار الكلامية بالإضافة إلى التدعيم المستمر .

٢- يجب على المعالج أن يقدر التعديلات في مفهوم الذات ، والتوافق الشخصي ، والعلاقات الشخصية المتبادلة التي يجب أن يواجهها المتلجلج عندما يصبح فجأة متحدث لبق ، وفي رأي فريما (١٩٨٢) Freema أن بعض المصابين قد يتنازلون عن مكاسبهم بسبب أنهم لا يستطيعون التعامل مع تلك التوافقات الجديدة

٣- اختيار الوسيلة الخاصة بتعديل كلام المتلجلج فإن الوسائل التي استخدمت لتعديل الكلام تؤدى إلى انخفاض القصور اللفظي ، ولكن ليس كل الوسائل تتساوى في سهولة التعود عليها كنموذج طبيعي مريح لإنتاج الكلام ، وأفضل هذه الوسائل ، هو ما يتطلب من المتلجلج أقل قدر من الجهد واليقظة لتعديل الكلام ، وقد تحدث انتكاسات لبعض المتلجلجين بسبب الآتي :

* أن الحفاظ على شكل الكلام الذي تعلموه يتطلب وقتا وجهدا كبيرين وبالتالي يكون من الأمور الصعبة .

* أن شكل الكلام الذي تعلموه في العلاج يبدو غير طبيعي بشكل مبالغ فيه ، أو صناعي يؤدى إلى رد فعل سلبي ، أو تعليقات من المستمع تؤدى مشاعر للتكلم .

البرنامج السادس :

يعتبر إدوارد كونتر (1982 : 169 - 163) Counture من العلماء الذين يرون ان اضطراب اللجلجة ما هو الا مشكلة تنبع من التقدير الخاطئ للمحيطين بالطفل أثناء مرحلة تعلم الكلام .

و لذلك فهو يركز على الظروف البيئية داخل الأسرة وخارجها والتي يتعرض لها الطفل بصفة مستمرة يكون لها تأثير عميق على القدرات اللغوية لديه .

ويستطرد كونتر موضحا ان البيئة المنزلية للطفل والتي تتمثل في الوالدين قد لا تكون هي السبب المباشر في ظهور اللجلجة ، ولكن غالبا ما تكون عاملا مساهما في نمو واضطراب اللجلجة والحفاظ عليها .

ويبدو هذا واضحا في رد فعل الوالدين تجاه مظاهر عدم الطلاقة اللفظية التي تنتاب الطفل في هذه المرحلة العمرية ٢ - ٤ سنوات ومن هذه المظاهر يلي :

- يكون لدى بعض الاطفال القدرة على الكلام وعلى الصياغة اللغوية ولكنها تكون متأخرة او منحرفة عن السوية بعض الشيء .
- قد لا يستطيع الأطفال التعبير بشكل سريع عن أفكارهم خاصة في المواقف الاتصالية التي تتسم بالضغوط الانفعالية .
- قد يكون لدى الطفل مهارات الإنتاج الصوتي ولكن إخراج الصوت لا يتسم بالدقة والسرعة التي يتوقعها الوالدين من الطفل .

هنا نجد ان الوالدين غالبا ما يبدون تصريحات ضمنية أو صريحة ، وبالتالي ينقلون الى اطفالهم تسامحهم او عدم تسامحهم تجاه تلك الانحرافات الكلامية ، مثل التعبير اللفظي غير الدقيق ، ابنية لغوية دون المستوى ، التعبير اللفظي غير الملائم لأفكار الطفل .

ويستطرد كونتر Conture موضحا ان القضية هنا ليست فقط الأشياء المحددة التي يتناولها الوالدين بالنقد الصريح أو الضمني ولكن الحقيقة انهم وبطريقة

روتينية يصححون ، يعاقبون ، يظهرون الضيق وعدم التسامح إلى آخره من الأفعال التي تؤثر على قدرات الطفل اللفظية وتشعره بالقلق .

لذلك يرى كونتر أهمية أن يتعرف الوالدين على تلك السلوكيات والنتائج التي تؤدي إليها ، وبالإضافة إلى ذلك هناك بعض الأمور التي لا تقل في أهميتها عما سبق وهى الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطفل داخل الأسرة والتي تتضح من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية :

- هل يتوقع الوالدين من الطفل أن يتصرف كالراشدين ؟
- هل يشعر الوالدين الطفل بأنهم ليسوا سعداء نتيجة الأخطاء التي يقع فيها أثناء عملية التعلم ؟

كما يعطى كونتر اهتماما بالغا بناحية أخرى مرتبطة ببيئة الطفل ذات أهمية في حدوث اضطراب اللجلجة وهى الطريقة التي يتبعها الوالدين في الكلام مع الطفل ، ومدى انعكاس ذلك سلبا أو إيجابا على القدرات اللفظية للطفل . ويتضح ذلك من خلال الإجابة على الأسئلة التالية :

- هل يعاني أحد الوالدين من السرعة الزائدة في الكلام ؟
- هل يتكلم الوالدين مع الطفل بجمل طويلة معقدة ؟
- هل يميل الوالدين إلى مقاطعة الطفل باستمرار أثناء الكلام وبشكل غير ملائم ؟
- هل يتسم الوالدين بالطلاقة .. أم هناك بعض الكلمات التي تنطق بشكل غير صحيح ؟
- هل أحد الوالدين من النوع الذي يحرص دائما على سلامة التعبير اللفظي ، وأخيرا يتساءل الوارد كونتر هل يستمع الوالدين لصوت العقل ويحاولون التوقف عن القلق على كلام الطفل لمجرد أن يخبرهم المعالج " لا تقلق - طفلك سوف يتغلب على اللجلجة " .

ويجيب كونتر قائلا " اعتقد ان ذلك غير كاف ، وانه من الضروري إعطاء الوالدين معلومات كافية عن اللغة وكيفية نموها بشكل طبيعي ، وكذلك إمدادهم بالمعلومات الوافية عن اضطراب اللجلجة ، حيث أن هذا يساعد الوالدين في توضيح طبيعة وحجم مشكلة اللجلجة وما يمكن فعله تجاهها .

البرنامج السابع :

حاول نان راتنر Ratner (1992: 14-20) ان يقدم اسلوبا غير مباشر لعلاج اللجلجة ، وهو وان اتفق مع ادوارد كونتر Conture (1982) في التركيز على إصلاح بيئة الطفل المتلجلج لكنه اهتم بصفة خاصة بالأسلوب الذي تتبعه الأم في الكلام مع الطفل المتلجلج .

ويؤكد راتنر إلى أن هناك بعض الدراسات التي تشير الى فاعلية هذا الأسلوب (خفض سرعة كلام الوالدين مع الطفل) في معالجة القصور اللفظي لدى الأطفال .

ويستطرد راتنر موضحا انه على الوالدين لطفل مصاب باللجلجة أن يعمدوا إلى مراقبة أسلوبهم في الكلام أثناء إجراء المحادثة اليومية مع الطفل ، لذلك فهو يقدم التوجيهات التالية :

- أن تعمد الأم (الأب) إلى ان تتحدث ببطء مع الطفل حتى يتعود هو الآخر على هذه الطريقة ، وبالتالي تقدم له نموذجا لكيفية الكلام يقتدي بها.
- استخدام عبارات قصيرة وغير معقدة التركيب .

ولقد قام راتنر Ratner بتطبيق هذا الأسلوب العلاجي غير المباشر على مجموعة من الأطفال المتلجلجين وامهاتهم من خلال الخطوات التالية :

١ - إجراء جلسات لعب مع الأطفال المتلجلجين وامهاتهم لمدة اسبوعين بواقع جلسة يوميا لمدة ١٥ دقيقة ، حيث قام المعالج بتسجيل كلام الأم مع الطفل أثناء اللعب للحصول على البيانات التي تتعلق بمتوسط سرعة كلام الأم ومستوى الصعوبة في تركيب الجمل التي تستخدمها الأم .

٢- تبدأ المرحلة الثانية من العلاج بان يوجه المعالج هذه التعليمات للأمهات " نحن مهتمون بالتعرف على ما سيحدث لكلام طفلك عندما تتكلمين معه بشكل اكثر بطئا .

" لهذا نرجو منك ان تحاولي التحدث إليه ببطء وان تستخدمي عبارات قصيرة وجمل بسيطة قدر الإمكان ".

٣- بعد ان تتعود الام على الأسلوب الجديد في الكلام مع الطفل ، يطلب منها المعالج استخدام هذا الأسلوب باستمرار مع الطفل في المنزل .

البرنامج الثامن :

قدم بهار جافا Bhargava (1988.93 - 91) برنامجا لعلاج اللجلجة ، حيث قام في البداية بعمل تحليل لسلوك المتلجلجين ، ومن ثم استطاع تحديد العوامل التي تؤدى إلى زيادة اللجلجة لدى المتلجلج في المواقف الإتصالية وهي :

- عندما يستثار.
- عندما يتكلم امام مجموعة من الغرباء.
- عندما يتكلم مع كبار السن (اكبر منه في العمر او السلطة)
- عندما يخاف (يتوقع) حدوث اللجلجة . وبناء على العوامل السابقة استطاع المعالج تحديد للمشكلة الناتجة عنها وهي :
- الخوف من مواجهة المواقف الأتصالية .
- عدم الثقة بالنفس .
- الامتناع عن الكلام خوفا من حدوث اللجلجة .
- الشعور بالدونية .

قسم بهار جافا البرنامج العلاجي الى ثلاث مراحل كالتالي :

أولا : النموذج Modeling :

يقوم المعالج بدور النموذج ثم يحاول المتلجلج أن يقتدي به ؟ بمعنى أن يطلب المعالج من المتلجلج تكرار الكلام تبعا للنموذج الذي قدمه خمس مرات بدون لجلجة ،ويتكرر هذا التمرين طوال الجلسة العلاجية مع عمل تغيير تدريجي في سرعة الكلام ، وأحيانا يطلب المعالج من أحد المتلجلجين ان يقوم بعمل النموذج لباقي أفراد الجماعة ، ولوحظ أن هذه الوسيلة تعمل على خفض درجة اللجلجة داخل الجماعة .

ثانيا : التغذية المرتدة السمعية :

بعد الانتهاء من الجلسات العلاجية (خمس جلسات) للمرحلة السابقة ينتقل المعالج لاستخدام هذه الوسيلة وهى تأخير التغذية المرتدة السمعية كوسيلة لعلاج عرض اللجلجة . حيث يقوم بتسجيل محادثة للمتلجلج ثم يعمل على إعادة إصدار الكلام (بلاي باك) أي إعادة الكلام المنطوق مباشرة بعد التسجيل ومن ثم يستمع المتلجلج لصدى مستمر لكل ما قاله تو ا

ثالثا : مواجهة مواقف الحياة الواقعية :

يحاول المعالج في هذه المرحلة تعريض المتلجلج لمواقف الحياة بطريقة تدريجية . حيث يطلب من المرضى إجراء بعض المواقف الاتصالية داخل العيادة وتشجيعهم على الكلام بحرية مع باقي أفراد الجماعة ، ثم يلي ذلك إجراء محادثة مع بعض الأشخاص الغرباء في حضور المعالج ، وبعد أن يطمئن المعالج إلى زوال الرهبة من مواجهة المواقف الأتصالية يطلب منهم إجراء تلك المحادثات دون حضور المعالج .

ويقرر بهار جافا إن الهدف من هذه المرحلة هو مساعدة المتلجلج على زيادة الثقة بنفسه في المواقف الكلامية .

البرنامج التاسع :

اتخذ كل من لينا روستين ولرمن كور (90 - 95 .Rustin & Kuhr (1988 منحى جديدا لعلاج اللجلجة وهو علاج اللجلجة داخل المستشفى . وهما وإن اتفقا مع واضعي البرامج السابقة في أهمية التركيز على الظروف البيئية التي تحيط بالتلجلج ، باعتبار أنها عامل مؤثر وهام في نمو واضطراد ظاهرة اللجلجة ، بالإضافة إلى أهميتها في نجاح أو فشل البرنامج العلاجي الذي يتلقاه المتلجلج إلا أنهما استطاعا التعامل مع هذه المشكلة بطريقة جديدة ؛ ألا وهي بقاء المتلجلج داخل أسوار المستشفى لمدة محدودة يتلقى خلالها برنامجا شاملا من الأنشطة اليومية ، ولا يغادر المستشفى إلى أن تتحسن حالته ؛ وبذلك أمكن التحكم في الظروف المحيطة بالمتلجلج .

ويبرر روستين وكور وجهة نظرهما هذه بقولهما " أن الطلاقة التي يكتسبها المتلجلج من خلال الجلسات العلاجية من الممكن أن تنهار وينتكس المريض بعد مواجهته لمواقف الحياة خارج المستشفى .

ولذلك ينصح ببقاء المتلجلج داخل المستشفى لمدة أسابيع يتبع فيها برنامجاً علاجي متكامل أفضل من زيارات علاجياً أسبوعية قد تمتد إلى سنوات دون فائدة .

وتشتمل الخطة العلاجية على عدة أهداف وهي :

- مساعدة المتلجلج في التغلب على مشكلة اللجلجة.

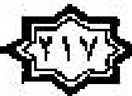
- تعليمه مهارات الحديث .

- تغيير اتجاهه نحو اضطرابه الكلامي .

- مساعدته على التكيف مع المجتمع الذي يعيش فيه .

ولقد تم تطبيق هذا البرنامج العلاجي في وحدة العلاج السلوكي بالقسم الأكاديمي للطب النفسي في مستشفى ميد لسيكس Middlesex Hospital وذلك لوجود هيئة تمريض مدربة تدريبا جيدا على كيفية تعديل السلوك .

تتضمن خطة العلاج مرحلتين وهما :



أولا : العلاج خارج المستشفى :

هناك فترة يقضيها المتلجلج خارج المستشفى وهي ستة أسابيع ، حيث يتلقى تدريبات على ممارسة أسلوب الاسترخاء والتدريب على التنفس بانتظام ، وذلك بواقع جلسة يوميا لمدة ساعة ثم تقل تدريجيا الى ان تصل إلى جلسة واحدة كل يوم .

ثانيا : العلاج داخل المستشفى :

يؤكد روستين وكور ان الفكرة الأساسية لهذا البرنامج العلاجي هي أن يتواجد المتلجلج في بيئة محكمة بأقصى حماية وتوجيه .

في البداية ينضم المتلجلج الى جماعة علاجية حيث يقابل آخرين يشاركونه نفس الاضطراب الكلامي ، ثم يتم طرح البرنامج العلاجي ومناقشته مع أعضاء الجماعة وهيئة التمريض وأخصائي العلاج ، وبعد أن يتم التأكد من استيعاب افراد الجماعة للبرنامج والموافقة عليه يبدا بتطبيق خطوات البرنامج وهي كالتالي :

- في البداية لا توجد اي محاولة للسيطرة على طريقة كلام للمتلجلج حتى يتسنى للممرضات فرصة ملاحظة طبيعة اللجلجة .

كما يتم تقييم كل حالة بعناية للتعرف عما اذا كان هناك مشكلة أخرى في حياة المتلجلج تتعلق باضطرابه الكلامي .

- في اليوم الثالث يطلب من المتلجلج إجراء محادثة مع إحدى الممرضات ، ثم يقوم احد اعضاء هيئة التمريض بتسجيل تلك المحادثة للتعرف على مظاهر اللجلجة المراد قياسها .

- في اليوم الرابع يبدأ تعليم للمتلجلج مهارات الحديث حيث يطلب منه إجراء محادثة مع إحدى الممرضات وعند حدوث اللجلجة يتوقف عن الكلام لمدة دقيقة واحدة ، وفي تلك الأثناء يقوم احد أعضاء هيئة التمريض بتسجيل المحادثة للتعرف عما

إذا كان المتلجلج هو الذي يأخذ المبادرة بإنهاء الحديث أو استمراره حتى يتحمل مسئولية علاج نفسه ، وعند حدوث الإعاقات الكلامية يفضل أخذ راحة لمدة (١٥) دقيقة قبل معاودة الكلام .

- ممارسة أسلوب الاسترخاء مرتين يوميا بعد إجراء المحادثة وفي أثناء فترة الظهيرة يمضي ساعة في هدوء تام ولكن يسمح له بالتجول في الحديقة أو الاسترخاء في غرفته حسبما يريد ، حيث إن ذلك يساعده على خفض نسبة التوتر الناتجة عن التركيز في السيطرة على الحديث .

- وجود بعض النشاطات يختار منها المتلجلج ما يريد مزاولته ، مثل مشاركة باقي أفراد الجماعة لعب الورق أو مشاهدة التلفزيون ، ولكن لابد من التركيز هنا على وجود الممرضة حتى تقوم بتسجيل حديثه مع الزملاء الآخرين ، ثم تعرض هذه التسجيلات على أخصائي العلاج الذي يحدد له فقرات برنامجه لليوم التالي وفقا لمدى تقدمه في الكلام .

- عندما يحرز المتلجلج تقدما في العلاج يتم إضافة خطوة جديدة في العلاج ، حيث يعمل تسلسل هرمي للمواقف الكلامية من الأسهل للأكثر صعوبة حتى يتسنى للمتلجلج ممارسة الكلام في مواقف سهلة . وتتكون فقرات التنظيم الهرمي للمواقف كالتالي :

١ - قضاء بعض أوقات النهار في التنزه مع الممرضة في مناطق هادئة خارج حدود المستشفى ، حيث يسمح له بالكلام مع الممرضة وليس الغرباء .

٢- الذهاب إلى الكازينو مع الممرضة التي تقوم بطلب المشروبات وعلى المتلجلج تجنب الحديث مع الغرباء .

٣- التجول في الأسواق التجارية مع الممرضة .

٤- الذهاب إلى الكازينو - كما سبق - ولكن هذه المرة يقوم المتلجلج بطلب المشروبات .

٥- يقوم المتلجلج بشراء الجرائد والمجلات مصطحبا للمرضة .

٦- السماح لأحد أصدقاء للتلجلج ان يزوره في للمستشفى لمدة نصف ساعة في وجود المرضة .

٧- قضاء بعض الطلبات من المتجر مصطحبا للمرضة .

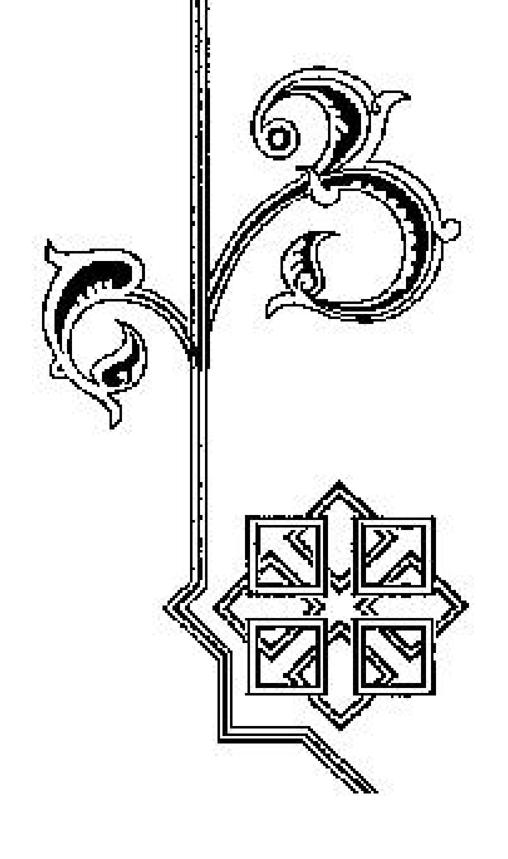
٨ - الرد على المكالمات التليفونية .

٩- القيام بعمل مكالمات تليفونية

وبمرور الوقت تزداد المواقف من الأسهل إلى الأصعب ، حتى يتم تنمية ثقته في التعامل مع الآخرين ثم يسمح له بالعودة إلى عمله على أن يقضي نصف الوقت مصطحبا الممرضة لمدة اسبوعين .

الفصل الخامس

البرامج العلاجية المقترحة



البرامج العلاجية المقترحة

أولا ـ العلاج السلوكي :

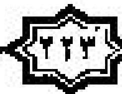
مقدمة :

في البداية ظهرت كتابات متناثرة في محاولة لتطبيق مبادئ التعلم في علاج الاضطرابات السلوكية في العشرينيات من هذا القرن ، إلا ان تأثيرها ظل محدودا حتى الستينيات ، ثم بدأ ظهور العلاج السلوكي كمنهج متكامل لعلاج الاضطرابات السلوكية، فظهرت مؤلفات عالم النفسي السوفيتي ايفان بافلوف **Ivan Bavlov** وادوارد ثورنديك **Edward Thorndike** اللذان وضعا الأساس عن طريق تطوير المبادئ والمفاهيم والوسائل الخاصة بدراسة السلوك الإنساني والحيواني .

كما قدم جون واتسون **John Watson** في أوائل القرن العشرين ايضا دراسات قيمة ثم تبعه إدوين جاثرى **Edwin Guthrie** وكلارك هل **Clark Hull** ، حيث قدموا دراسات توضح ان البحث العلمي يستطيع تنمية الأساليب التي يمكن تطبيقها لإعطاء حلول للمشكلات السلوكية ، وبعد ذلك ظهرت دراسات سكينر **Skinner** التي كان لها تأثير عظيم في مجال الإشراط الإجرائي على برامج علم النفس الطبي والطب النفس والتمريض والتعليم والعمل الاجتماعي .

وفى اوائل الخمسينيات ادت دراسات سكينر إلى تطوير وسائل التطبيق النظامية الخاصة بالاكتشافات العملية للمشكلات الطبية **Clinical Problems** ، واثناء تلك الفترة كانت هناك محاولات مستقلة اخرى وضعها جوزيف فولب **Joseph Wolpe** عالم النفس من جنوب افريقيا وهانزايزنك ، **Hanz Eysenck** عالم النفس التجريبي من بريطانيا وتلك الجهود الموازية تتقابل وتشمل سلسلة عريضة من الفلسفات متعددة الوجوه لوسائل العلاج السلوكي، ولكن السمة المميزة الأساسية لهذه النظرية هي التحليل التجريبي وتقييم الأساليب العلاجية .

(Berkowitz 1982, 19, 20)



تعريف تعديل السلوك : Behavior Modification

يعرف لويس مليكة (١٩٩٠ : ١٢) تعديل السلوك على أنه " تعلم محدد البنيان يتعلم فيه الفرد مهارات جديدة وسلوكا جديدا ، ويقلل من الاستجابات والعادات غير المرغوبة ، وتزداد فيه دافعية العميل للتغيير المطلوب" .

مفهوم الشخصية من وجه نظر المدرسة السلوكية :

العادة من وجهة نظر المدرسة السلوكية هي محور شخصية الفرد ، وهي بمثابة المفهوم الأساسي في نظريتهم عن سلوك الفرد ، فالشخصية هي عبارة عن مجموع العادات التي يكتسبها الفرد بالتعلم ، بمعنى أن الشخصية هي تنظيم معين من تلك العادات وهذا التنظيم له وظيفتان :

الوظيفة الأولى : هي تحديد سلوك الفرد .

الوظيفة الثانية : هي أنه يعمل على تمييز شخصية الفرد بالمقارنة بغيره وفي إطار العلاج السلوكي تعتبر الأمراض النفسية تجميعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة ، ويفترض أن هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا وضعت في بؤرة العلاج وغيرت واحدة تلو الأخرى . (حامد زهران ، ١٩٧٨، ٣٥٦)

إطار العلاج السلوكي :

العلاج السلوكي القائم على النظرية السلوكية يرى أن الفرد يكتسب السلوك السوي أو المرضي عن طريق التعلم أثناء عملية النمو ، ووجهة النظر قائمة على النقاط التالية :

١ - يرى المعالج السلوكي أن سلوك الفرد متعلم ومكتسب ، وبالتالي فإن السلوك المرضي (عصابا أو ذهانا) متعلم ومكتسب .

٢ - سلوك الإنسان سواء كان سلوكا مضطربا أو سلوكا سويا هو سلوك متعلم ، ولكن نقطة الاختلاف بينهما ، هو أن السلوك المضطرب سلوك غير ملائم أو غير متوافق .

٣ - أثناء عملية نمو الفرد يكتسب السلوك المرضي أو العادي نتيجة اقتران مثير معين باستجابة معينة ، ونتيجة تكرار هذه الخبرة يحدث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب .

٤ - إمكانية تعديل السلوك المتعلم سواء كان سلوكا مرضيا أم سلوكا عاديا .

٥ - كما يعتبر السلوكيون دوافع الفرد الفسيولوجية هي الأساس في سلوكه لكن نتيجة حاجات الفرد النفسية يكتسب دوافع جديدة اجتماعية عن طريق التعلم ، وقد يكون تعلم هذه الدوافع غير سوى ، ولكن قد يتم تعلم الدافع بطريقة غير سوية وتقترن بأساليب غير توافقية في اشباعها . هنا يكون احتياج الفرد لإعادة عملية التعلم بهدف تعديل أو تغيير السلوك المطلوب تعديله عن طريق العلاج السلوكي . (إجلال سرى ٢٠٠٠ ، ١١٧ ، ١١٨)

أوضحت نظرية عضوية أن لدى المتلجلجين نوع منحرف من الإدراك السمعي والذي بواسطته يسمعون كلامهم بتأخير جزء من الثانية ، وهذا الافتراض مبنى على ملاحظة أن المتكلمين الطبيعيين يلجلجون - غالبا - عند تأخر تغذيتهم المرتدة السمعية .

ويحدث الاضطراب في الكلام عند الذين يتكلمون بطريقة طبيعية ، وهذه الطريقة تعرف عادة بالكلام المرجا الإعادة Delayed-Back Speech، وتتم هذه الطريقة بتسجيل كلام للتكلم على شريط تسجيل ، ثم يستمع هذا الفرد إلى التسجيل اثناء الكلام مع تأخير إعادة الكلام بحوالي من ٠,٥ إلى ٠,٢ ثانية ، وهذا يؤدى إلى استماع الفرد إلى حديثه في علاقة زمنية غير طبيعية مع صوته ، وتكون النتيجة اضطراب عاداته الإدراكية ، بالإضافة إلى اضطراب رقابته الذاتية على الكلام ، فينتج عن ذلك تكرار نطق الحروف المتحركة وتكرار الكلمات والمقاطع ومن ثم حدوث اللجلجة .

وتتفق وجهة نظر كل من ماير وادوارد شيسر Meyer and Chesser (1970 ، 1993) مع ما سبق ، حيث يعتقدا ان تاخير عملية التغذية للرتدة السمعية تؤدى إلى تقطع واضطراب الكلام السوي لدى الفرد . وفى ضوء هذا قدمت فنية التظليل التى من خلالها يبدأ المتلجلج بتكرار كلام للمعالج او شريط تسجيل بصوت مرتفع متاخرا بكلمة أو اثنين ، حيث تبين أن هذه الطريقة تعمل على كف اللجلجة .

كما يوضح وفاء البيه (١٩٩٤ ، ١٦٢ — ١٦٣) وجهة نظره في عملية تاخير التغذية المرتدة السمعية ، حيث يرى ان السمع والكلام مرتبطان بعلاقات وثيقة ومتعددة ، واهم هذه العلاقات هو ان الأذن تقوم بتحليل حسي لفونيمات الكلام ، ثم تزود المخ بإشارات شفرية لعناصر الكلام المسموع ، هذا بالإضافة إلى ان الأذن تراقب جميع حركات الكلام مثل النطق ، والتصويت الحنجري ، ونبرات الكلام ، والتنغيم والتردد .

كما يقرر وفاء البيه أن إلغاء السمع من خلال إحداث ضوضاء مرتفع (إغراق الأذنين بالضجيج المرتفع) ، يؤدى إلى فقدان المراقبة السمعية للكلام ، ومن ثم فإن المتكلم يظن أنه لم يعد بالإمكان سماع ما يقول ، ويضطرب النطق لدى المتكلم العادي ، اما بالنسبة لمن يعانى اضطرابا وظيفيا في الكلام يحدث العكس تماما ، ولهذا فإن استخدام هذه الطريقة مع المتلجلجين يجعلهم قادرين على الكلام بطلاقة ما دام أنهم لا يسمعون أنفسهم .

ولقد جذبت هذه النظرية اهتمام كثير من العلماء ، وكان اول من تناول مشكلة المراقبة السمعية هو (اوريا نتشيتش) وهو ما يعرف الآن باسم تاثير لي (١٩٥١) في تاخير التغذية المرتدة السمعية .

ويستطرد وفاء البيه موضحا خطوات الإجراء التجريبي لتاخير التغذية المرتدة السمعية وهى كالتالي :

- يتم تسجيل كلام المفحوص ، وبمجرد مرور الشريط مباشرة على راس التسجيل يمر على راس تسجيلات اخرى ، حيث تقوم بإعادة إصدار الكلام (بلاي باك) بمعنى إعادة إنتاج الكلام المنطوق مباشرة بعد التسجيل .

- يحدث تأخير نتيجة إعادة إصدار الكلام ، وعادة ما يكون التأخير الزمني يتراوح ما بين $\frac{1}{5}$ ، $\frac{1}{10}$ من الثانية ، ويحدث التأخير نتيجة تغيير المسافة بين الرأسين المغنطيسيتين الخاصتين بالتسجيل وإعادة إصدار الكلام .

- نتيجة لإصدار الصوت المتأخر على المتكلم ، يستمع المتكلم لصدى مستمر لكل ما قاله تواً .

- حدوث تغييرات مؤثرة في وظيفة الكلام الكلى نتيجة إلغاء للمراقبة السمعية لدى المتكلم ، وهذه التغيرات هي :

  - زيادة حدة الصوت .
  - تغيير في رنين النغمة .
  - اضطراب النطق .
  - تشويه نبرات الكلام في صفاتها اللحنية والإيقاعية .

وبناء على هذا يفترض أن عملية إخراج الكلام تحتوى على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة Feed back التي يراقب بها المتكلم صوته ويراجعه ويصححه ، وعندما تتأخر التغذية المرتدة يحدث تكرار صوت الحديث ، ثم يميل إلى الاستمرار لا إراديا .

تعتبر أليات التغذية المرتدة السمعية مرتبطة بنظام الجهاز العصبي ، وهي تصل إلى الفرد من خلال الأذن أثناء الكلام ، حيث تعطى إشارة لكي يتعرف على مدى توازن طبقة الصوت ، ودقة التعبير ، واختيار الكلمات الملائمة .

ويتم توفير نظام التغذية المرتدة السمعية من خلال الإحساس الذاتي Occptive Sense (الذي يمثل بواسطة جزء حسي موجود داخل أوتار العضلات والمفاصل أو أي أجزاء أخرى متحركة) . (The New Encyclopedia Britannica, 1991 ; 93)

كما قدم سترومستا (Stromsra (1959 دراسة بهدف التعرف على مدى الارتباط بين توقف الصوت وبين التحكم السمعي المتعلق بالحنجرة Larynx فعمل على إحداث اضطراب في سلوك الأشخاص الأسوياء عن طريق تأخير التغذية المرتدة السمعية الطبيعية.

ولقد توصل سترومستا من خلال دراسته للحالات التجريبية إلى انه من خلال هذه الطريقة استطاع الأفراد الأسوياء (الذين يتكلمون بطريقة طبيعية) ان يتكلموا مثل المصابين باللجلجة خاصة في الحروف المتحركة أثناء تشويه التغذية المرتدة السمعية حيث ظهرت توقفات كلاميـة

(سكتات كلامية صوتية) Phonatory blockage تمشيا مع متغيرات في طبقة ونوعية الصوت .

ولقد تساءل سترومستا بعد نجاحه في إحداث الاضطرابات في السلوك الكلامي لدى الأشخاص الأسوياء هل آلية السكتات **blockage mechanism** موجودة لدى جميع الأفراد ، ثم لماذا تعد تلك الآليات أكثر استعدادا للاضطراب عند الأطفال للتلجلجين بالمقارنة بغير التلجلجين .

وتكمن الإجابة في الدراسة التي قام بها سترومستا على مجموعة من البالغين ، للتلجلجين وآخرى من غير المتلجلجين ، حيث توصل إلى أن تأخر التغذية المرتدة الطبيعية **Normal feedback** لدى غير للتلجلجين تبلغ

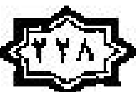
Msec 5.3 ، اما بالنسبة للمتلجلجين فوجدها تجاوزت **Msec 0.6** في **Hz 15** وبهذا وجد أن هناك فروقا ، واضحة بين المجموعتين .

والآن يتبادر إلى الذهن السؤال الآتي :

ما هي التغذية المرتدة السمعية ؟

التغذية المرتدة السمعية **Auditory feedback** هي سماع كلامنا أو نطقنا الذي يمكننا من أن نكيف شدته ووضوحه ، وتظهر التجارب أن تأخير التغذية الراجعة لاستخدام أداة الكترونية يؤدى إلى التهتهة ، وتداخل الأصوات وتزايد الشدة ، وتشويه نغمة الصوت ، وإلى اضطرابات انفعالية لدى الأسوياء" .

(جابر عبد الحميد جابر وآخرون ، ١٩٨٨ ، ٢٠٦)



وسوف نتناول الحديث عن كل طريقة بالتفصيل .

أولا : كف سلوك اللجلجة عن طريق إعاقة السمع :

اجريت دراسات يهدف التعرف على العناصر السمعية التى تؤثر على اليات **Mechanisms of attention** حيث وجد ان المتلجلج يراقب صوته عن طريق التغذية المرتدة السمعية ، وهذه التغذية المرتدة السمعية (التي تتحكم في كلام الفرد) تاتى اليه من خلال :

١ - موجات صوتية عن طريق الهواء (مسارات : التوصيل الهوائي)

Air conducted sound .

٢ - أو مسارات التوصيل العظمى **Bone-conducted sounds**

واجرى شيرى وسايرز (١٩٨٥) هذه التجارب للتعرف على اي المسارات التي تؤثر في ادراك المتلجلج لصوته فتم استبعاد الصوت الذي يأتي عن طريق مسارات التوصل الهوائي عن طريق سد أذن الفرد لإعاقة الصوت الواصل إليه عن طريق الهواء .

وفى التجربة الثانية تم استبعاد الصوت الذي يأتي إليه عن طريق التوصيل العظمى بواسطة نقل ضجة مصطنعة عالية **Loud Masking Noise** واشارت نتائج الدراسة إلى عدم فاعلية استبعاد الصوت عن طريق مسار التوصيل الهوائي بالمقارنة بمسار التوصيل العظمي الذي أدى إلى كف اللجلجة بالكامل .

وقد أوضحت تلك النتائج أن الكلام غير العادي بين المصابين باللجلجة مرتبطة بتاخير التغذية المرتدة السمعية التي يتأتى عن طريق مسارات التوصيل العظمي **conduction path-ways** وليست تلك الآتية عن طريق مسارات التوصيل الهوائي **Air conduction path-ways** . **(Beech & Fransella 1968 : 165)**

ويتحدث شيرى وسايرز (١٩٨٥) عن مدى أهمية الطبقة الصوتية المراقبة حيث يفترضا أنه لكي يستطيع الفرد ان يتحكم في اللجلجة ، فإنه من الضروري أن تحجب

وبناء على ما تقدم تجد هناك وجهة نظر ترى أن الكلام والإدراك السمعي متكاملان بدرجة كبيرة داخل نشاط التغذية المرتدة السمعية لمراقبة الفرد لصوته

ولهذا قام شيري وسايرز (١٩٨٥ ، ٢٧٦ ، ٢٧٧) بإجراء عدة تجارب من أجل التحقق من الفرض الذي يقول : أن اللجلجة تحدث بسبب اضطراب دورة التغذية المرتدة ، والهدف من إجراء هذه التجارب هو التدخل في إدراكات المتكلم من أجل إعاقة فعل الرقابة الذاتية (للتغذية المرتدة) الذي يعتمد على الإدراك السمعي للمتكلم .

وبإجراء هذه التجارب على افراد يعانون من لجلجة مزمنة بواسطة استخدام بعض الفنيات للتدخل في إدراكات المتلجلج ، سيأتي شرحها فيما بعد ، ولقد توصلا إلى نتائج طيبة . واستخلص شيري وسايرز أن العيوب المسئولة عن حدوث اللجلجة عيوب إدراكية أكثر منها عيوب حركية .

الفنيات المستخدمة للتدخل في إدراكات الفرد السمعية :

حسب الافتراض الذي يرى أن عملية إخراج الكلام تحتوي على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة السمعية التي يراقب بها المتكلم صوته ويصححه ، وتحدث اللجلجة عندما تتأخر هذه التغذية المرتدة ، حيث يتكرر الأصوات والمقاطع بصورة لا إرادية ، ولهذا يعتقد أنه من الممكن أن تتحسن اللجلجة من خلال التدخل في إدراكات المتلجلج السمعية لإعاقة فعل الرقابة الذاتية ، ويتم هذا بطريقتين :

الطريقة الأولى :

هي إعاقة السمع عن طريق إحداث صمم للمتلجلج باستبعاد الصوت الوارد له سواء من خلال التوصيل الهوائي أو التوصيل العظمي .

الطريقة الثانية :

التدخل في إدراكات المتلجلج السمعية وذلك بتحويل إدراكاته إلى مصدر للصوت مختلف عن صوته هو .

عنه النغمات ذات التردد المنخفض جدا على اعتبار أن سماع المتلجلج لأشد نغمات صوته انخفاضا يؤدى إلى حدوث اللجلجة واستمرارها .

ومما يؤكد هذه النتيجة هو أن المتلجلج يصل إلى درجة منخفضة جدا من اللجلجة (درجة الكف الكامل للجلجة) وتكون لديه القدرة على إصدار بدايات فورية في الكلام إذا تم إعاقة مسار التوصيل العظمى ، ويتطلب هذا نغمات عالية لكي تحقق الحجب الكامل من إدراك المتلجلج لكلامه ، إذ يترتب على هذا حجب أشد نغمات الصوت انخفاضا ، أما إعاقة مسار التوصيل الهوائي فلم يؤد إلى كف اللجلجة بصورة واضحة .

ومما يؤكد أهمية إدراك الصوت الوارد عن طريق مسارات التوصيل العظمى هو ملاحظة اللجلجة التي تعمل صناعيا لدى الأفراد الأسوياء عن طريق تأخير التغذية المرتدة السمعية لديهم (باستخدام التسجيل الكلامي لهم ثم إعادته على مسامعهم أثناء الكلام) ، حيث لوحظ أن الأصوات الواردة للأذن من مسار التوصيل العظمى تعد أخطر بكثير في احداث اللجلجة بالمقارنة بالصوت المماثل في الارتفاع الوارد للأذن عن طريق مسار التوصيل الهوائـي (عن طريق سماعات) .

ولهذا استخلص من ذلك الدراسات السابقة أن استبعاد الأصوات الواردة من خلال مسارات التوصيل العظمى يكون مشجعا جدا في التحكم في خفض درجة اللجلجة ، حيث أن الطبقات الصوتية ذات التردد المنخفض يمكن للمتلجلج أن يدركها عن طريق مسار التوصيل العظمى ، وبالتالي فإن لها أهمية كبرى في حدوث الشذوذ الإدراكي المرتبط بحدوث اللجلجة .

ماري شان (1955 ، 193) Shane من العلماء الذين اهتموا بكف ظاهرة اللجلجة عن طريق إعاقة السمع ، وأحدث صمم للمتلجلج باستبعاد الصوت المنقول إليه عن طريق مسارات التوصيل العظمى ومسارت التوصيل الهوائي وعمل مقارنة بينهما للتعرف على أيهما أكثر فعالية في التأثير على رقابة المتلجلج الذاتية ا لصوتية .

ولقد أجرت دراستها على مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة ، وتلقت المجموعة التجريبية الأولى أحداث ضجة صاخبة Masking تبلغ (95 db) decibels [*] يهدف إعاقة إمكانية استماع المتلجلج لصوته بصفة كلية ، والمجموعة التجريبية الثانية تلقت ضجة صاخبة بواقع

(25 db) ، حيث كان المتلجلج يستطيع سماع صوته لكن مع إمكانية استقبال مثير سمعي مناسب من الضجيج ثم طلب منهم قراءة قطعة معينة .

ولقد توصلت مارى شان Shane إلى أن النتائج واضحة ، حيث تلاشت اللجلجة تماما مع وجود الضجة الحاجبة العالية بالمقارنة بالأخرى ، ولكنها عزت هذا الفارق إلى حقيقة أن المتلجلج كان لا يستطيع سماع صوته في وجود الضجة العالية ، مما أدى إلى خفض القلق الذي نتج من مراقبة المتلجلج لصوته ، حيث إن الإدراك السمعي المنبثق من صوت الفرد من المحتمل أن يساعد على زيادة قلق المصاب على كلامه ، ففي غياب القدرة على الاستماع الذاتي فإن كل الأفراد يقررون أنهم يعتمدون على الدلائل الحركية العضلية ، وأنهم يعانون أقل قدر من اللجلجة .

ثانياً : الوسائل المتبعة لتحويل إدراكات المتلجلج إلى مصدر للصوت مختلف عن صوته بهدف التدخل في إدراكات المتلجلج السمعية ، وذلك لإعاقة فعل الرقابة الذاتية من جانب الفرد هي :

١- التظليل ؛

٢ - القراءة المتزامنة Simultaneous Reading .

- (*) Decibel وحدة لقياس التفاوت بين منسوب قدرتين أو طاقتين في التفاوت بين شدتي صوتين (وحدة لقياس شدة الصوت) وهي تعادل عشر " بل " .



اولا - التظليل : Shadowing

حسب الافتراض القائل : إن عملية إخراج الكلام تحتوي على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة Closed-cycle feedback التي يراقب من خلالها الفرد صوته ويصححه ، وعند تأخر التغذية المرتدة delayed feedback يتكرر الصوت بصورة لا إرادية ، ومن الممكن أن تتحسن اللجلجة تماما عن طريق إحداث كف اللجلجة بالتدخل في إدراكات المتلجلج عن طريق التحويل الإجباري لإدراكات المتلجلج لمصدر صوت غير صوت كلامه .

والتظليل (أي محاكاة وتقليد كلام شخص آخر) هو عمل حركي قائم على المحاكاة فتتكف اللجلجة ، وذلك لأن هناك إمكانية او احتمالا بان إدراك الشخص يتحول بعيدا عن اهتمامه بصوته هو إلى مراقبة صوت المتكلم ، يجد بعض المتلجلجين اية ، صعوبات في الكلام عندما يشتركون في الغناء الجماعي ، وهنا يختلف عما يحدث في عملية التظليل ، لأن المثير هنا قد تم تعلمه (اكتسابه) .

. (Espir & Gliford 1983 : 95)

وتتم عملية التظليل بان يقوم المعالج بالقراءة من كتاب بسرعة عادية بصوت مرتفع ، يتبعه المتلجلج في الحال ، ويردد ما قاله المعالج بصوت مرتفع أيضا ، وهذه الطريقة تعرف بفنية التظليل ، وذلك لأن المتلجلج يكاد يكون في ظل المعالج من خلال ترديده السريع لما يقوله المعالج على ان تكون هذه القراءة مناسبة لمستوى تعليم المتلجلج ، وأن تتم القراءة بمعدل سرعة مناسب لكل من المتلجلج والمعالج ، وإذا فقد المتلجلج أي كلمة أثناء الترديد - فيجب ألا يتوقف ويتابع الكلام بلا انقطاع .

ويرى بهرت راج (160 : 1976) Raj أن هذه الإجراءات تبدو صعبة التنفيذ في بداية الجلسات العلاجية لكن تنخفض هذه الصعوبة بتتابع الجلسات ، ويضيف راج Raj ان طريقة العلاج هذه تستحق ما يبذل فيها من جهد ، وذلك من خلال تسجيل للسكنات الكلامية Speech blocks التي تظهر كل خمس دقائق ، حيث وجد أن هذه الطريقة تعتبر طريقة فعالة ومجدية .

رجع شارلز هيلي وسوزان (494، 1987) Healey & Howe التحسن الذي يطرأ على كلام المتلجلجين اثناء ممارسة فنية التظليل للعوامل التالية :

- تغيير التوقيت الزمني للكلام .
- تنظيم إيقاع الكلام .
- انخفاض التغذية المرتدة السمعية .
- عدم وضوح المعنى الصريح لقطعة التظليل .
- التغيير الذي يطرأ على طبقات الصوت واستمرارية النطق .
- سهولة صياغة الجمل للكلام المظلل .

كما يعتقد شيري وسايرز (١٩٨٥ ، ٣٧٨) ان وسيلة التظليل تساعد المتلجلج او حتى تجبره على تحويل إدراكاته السمعية Aural perception تحويلا جزئيا - بعيدا عن صوته هو - اي المتلجلج - إلى صوت متحدث آخر. خاصة ان المتلجلج لا تكون لديه فكرة عن مضمون الكلمات التي ينطقها تكون فكرته غامضة عنها ، مما يساعد على إجبار المتلجلج على تحويل إدراكاته إلى مصدر الصوت الذي يكون مختلفا عن صوته هو .

ويضيف شيرى وسايرز آن وسيلة التظليل هي عملية محاكاة حركية تتحقق بصورة تثير الدهشة ، وهناك افعال محاكاة شائعة عند الإنسان ، مثل السير في خطوة منتظمة مع الجماعة أو تبعا لنغمة موسيقية أو تلاوة الصلوات في تآلف مع المصلين ، كل هذا يتم على طريق المحاكاة ، لذلك يفترض آن الكلام يعتبر نوعا من هذه الأنشطة باعتباره وثيق الصلة بهذه الأفعال .

كما استخدم أوبراى (116 : 1970) yates طريقة التظليل مع الذين يعانون من حالة لجلجة حادة Sever Stuttering حيث كاد المتلجلج وهو يتكلم بصوت مرتفع يتبع متحدثا آخر ، ولقد تمكنوا من تحقيق سرعات كلامية متزايدة High speaking speeds .

كما وجد يتس yates انه كاد يحصل على النتائج نفسها إذا استخدم شريط تسجيل ، او عن طريق استخدام صوت متحدث للذياع كمتكلم ضابط

ولقد اجرى شارلز هيلى وسوزان (Healey and Howe(1978 : 505 مقارنة بين مجموعتين من الأفراد المتلجلجين وغير المتلجلجين للتعرف على اثر استخدام فنية التظلل مع كل منهما ، ولقد أدى استخدام فنية التظليل مع غير المتلجلجين إلي تقطع واضطراب من الطلاقة اللفظية هذا ، بينما حدث العكس تماما مع المتلجلجين حيث اظهروا قدرة على الكلام تكاد تقترب من الطلاقة العادية .

ثانيا : القراءة المتزامنة Simultaneous reading

قدم شيرى وسايرز (١٩٨٥ : ٢٨٠ ، ٢٨١) هذا الأسلوب لعلاج اللجلجة ايضا في محاولة لعمل تحويل لإدراكات المتلجلج ومراقبة اصوات كلامه هو إلى اصوات كلام المعالج ، وتتم هذه الطريقة بان يقرا كل من المتلجلج والمعالج القطعة نفسها الموجودة امام كل منهما ، ولقد وجد ان غالبية المتلجلجين يستطيعون القراءة بطلاقة وبلا تعثر ، وقد لا يحتاجون إلا لثوان قليلة من التدريب حتى يستطيعوا القيام بها فورا .

ولقد اثبت التجارب التي قام بها شيرى وسايرز نجاح اسلوبي التظليل والقراءة المتزامنة ، مع عينة عريضة من المتلجلجين في ظل ظروف مختلفة ، حيث كانوا يمثلون بيئات مختلفة كما تنوعت مجالات حياتهم وكذلك تاريخ كل حالة ، حيث كانت متباينة أشد التباين .

برنامج العلاج بالتظليل

- المقدمة
- الأهداف العامة للبرنامج .
- الأهداف الإجرائية .
- العلاقة العلاجية . .
- أدوار المشاركين في تنفيذ البرنامج العلاجي .
- البيانات التي تحصل عليها المؤلفة قبل بداية الجلسات .
- تفصيل ما تم تناوله في الجلسات العلاجية .
- متابعة نتائج تطبيق البرنامج العلاجي .
- مثال توضيحي .

مقدمة :

ترى المدرسة السلوكية ان شخصية الفرد عبارة عن تنظيمات أو اساليب سلوكية متعلمة وتكون ثابتة نسبيا، بالإضافة إلى انها تميز الفرد عن غيره من الناس .

ويركز أصحاب النظرية السلوكية على مفهوم العادة على اساس انها تعبر عن الارتباط بين المثير والاستجابة ، ولان هذه العادات متعلمة ومكتسبة وليست موروثة ، بالتالي فهي تعتبر تكوينا مؤقتا وليست ثابتة ، وعلى هذا فإن بناء الشخصية يمكن ان يتعدل ويتغير .

والعلاج السلوكي - كما سبق ذكره - يعتبر ان الأمراض النفسية ما هي إلا تجمعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة . ولهذا يفترض السلوكيون أن هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا وضعت في بؤرة العلاج حتى يتم تغييرها واستبدالها بعادات سلوكية سليمة .   (حامد زهران ،١٩٧٨ ، ٦٢ — ٦٣)

وإذا انتقلنا إلى المدرسة السلوكية لنتعرف على وجهة نظرها في السبب المؤدى لحدوث اللجلجة نجد انهم يعتبرون أن اللجلجة شكل من اشكال السلوك التي يكتسبها الفرد بالتعلم ، وسوف نستعرض آراء أصحاب النظرية السلوكية - كما ذكرنا آنفا - بشيء من الاختصار ، ولهذا يرى ويلل جونسون (Johnson (1955 ان اللجلجة لا تصبح لجلجة حقيقية عن الطفل إلا عندما يصبح واعيا ومدركا بقصوره اللفظي ؛

ان حدوث اللجلجة يكون غالبا - مرتبطا بتوقع الفرد لها وحين يتوقعها يخاف الكلام ويرهبه ويصبح متوترا ويتلجلج بالفعل ، وهكذا يجد الفرد نفسه يدور في حلقة مفرغة لا يعلم أين طرفها. وتكرار تلك العملية في المواقف الاتصالية التي تتطلب من الفرد التواصل اللفظي مع الآخرين مما يعمل على تعزيز اللجلجة وتدعيمها نتيجة اقتران الحالة الانفعالية للفرد من توقع وقلق وخوف من حدوث اللجلجة .

كما أن ويسكنر Wischner (1952) ركز على أثر التوقع Anticipation effect ، حيث افترض أن هناك ميكانيزما واحدا تشتمل عليه عملية التوقع ، بمعنى وجود بعض الدلائل والإشارات التي ترتبط بموقف كلامي معين أو بالكلمات ، ويظهور هذه الإشارات تعمل على استثارة القلق والخوف لدى المتلجلج وتحدث اللجلجة .

ويذكر فان ريبر (١٩٦٠) أن مظاهر اللجلجة يتم تدعيمها عن طريق التقدير الخطأ من جانب المتلجلج حيث يخلط بين نوعين متعاقبين من السلوك على أن أحدهما السبب ، والآخر نتيجة ، حيث يجد المتلجلج ، أن المظاهر المصاحبة للجلجة من ارتعاشات وتقلصات في عضلات الوجه ، وكل تلك الأشياء التي تسبب له ألما شديدا تنتهي بمجرد نطق الكلمة ، وبالتالي يهدأ الخوف والذعر الذي يتعلق بهذه الكلمة ، ونتيجة لانخفاض نسبة القلق والخوف يستنتج المتلجلج — أن سلوك الصراع الذي يتبعه هو الذي يعمل على انخفاض القلق الذي يعاني منه ، ومن ثم يقرر بكل وضوح أنه لا بد وأن يكرر هذا السلوك لكي يتغلب على نوبات التشنج ويحرز انطلاقا من القلق

(Berry and Ei-senson 1956 : 275 ، 274)

وحسب وجهة نظر أصحاب المدرسة السلوكية في أن السلوك المضطرب هو سلوك متعلم ومكتسب ، لذلك فهم يعتبرون - وكما سبق ذكره - أن اللجلجة سلوك مكتسب ومتعلم نتيجة اقتران مثير معين هو ظهور القلق والخوف والتوقع، إذ غالبا ما يقترن بحدوث اللجلجة مما يعمل على تدعيم وتعزيز سلوك اللجلجة ، ومع تكرار تلك الخبرات يحدث ارتباط شرطي بين المواقف الاتصالية التي تتطلب من الفرد الكلام من أجل التواصل اللفظي مع الآخرين وبين حدوث اللجلجة ، مما يساعد على تدعيم وتثبيت هذا السلوك المضطرب ، ولقد قدم العلاج السلوكي الكثير من الفنيات التي تعمل على كف سلوك اللجلجة مثل :

١ - الكلام الإيقاعي Rhythmic Speech .

٢ - التظليل Shadowing

٣ - تأخر التغذية المرتدة السمعية Delayd Auditory Feedback .

٤ - الضوضاء الخفية Maskiny Noise.

٥ - تخفيض القلق Anxiety Reduction

٦ - إعادة التدريب على العادات الكلامية السليمة Speech Habit Retraining .

٧ - التحصين التدريجي Systematic Desensitization .

ولقد سبق الحديث عن كل منهم في الجزء الخاص بعلاج اللجلجة في الفصل الثاني من الكتاب ، وسوف يتضمن برنامج العلاجي الحالي فنية التظليل كأسلوب من أساليب المدرسة السلوكية لعلاج حالات اللجلجة .

التظليل عبارة عن محاكاة وتقليد كلام شخص آخر ، حيث يطلب فيه من المتلجلج أن يكرر بصوت مرتفع رسالة تقرا بواسطة شخص اخر (المعالج) على أن يتم التكرار في الحال بعد سماعها مباشرة (أي بفارق زمني قدره $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{4}$ من الثانية) . بحيث لا يكون لدى المتلجلج فكرة مسبقة عن مضمون تلك الرسالة حتى يستمع إليها . وتتم عملية القراءة بالسرعة العادية (بحيث لا تتعدى كلمتين في الثانية) .

(Healey 1987: 495)

ولقد استخدم شيرى وسايرز Cherry & Sayers (1985) فنية التظليل - كما سبق ذكره - من منطلق الافتراض الذي يرى أن عملية إخراج الكلام تحتوى على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة السمعية التي يراقب المتكلم صوته ويصححه من خلالها وتحدث اللجلجة عندما تتأخر هذه التغذية المرتدة فتحدث التكرارات للأصوات والمقاطع بصورة لا إرادية .

ولهذا استخدم شيرى وسايرز فنية التظليل بهدف التدخل في عملية التغذية المرتدة السمعية ، حيث رأيا أن التدخل في سير هذه العملية من الممكن أن يؤدى إلى تحسن في درجة اللجلجة .

كما أن استخدام هذا الأسلوب جاء من منطلق إحداث نوع من الارتباط الشرطي بين مثير هو كلام المعالج والاستجابة (كلام المتلجلج) الذي يأتي بعد كلام المعالج مباشرة ، وكأنه ظل له مما يؤدى إلى التحكم في الإعاقة اللفظية .

(إيناس عبد الفتاح ١٩٨٨ ، ٤٩)

ولقد أوضحت الدراسات ان اللجلجة تنخفض بشكل ملحوظ لدى المصابين باللجلجة أثناء جلسات العلاج بالتظليل ومنهم شيرى وسايـرز Cherry Sayers (1985) ، شيرى وسايــرز ومارلاند Cherry Sayers & Marland (1955) ، كيلام وماكهيل Kwiham& Machale (1966) ، كوندلس Kondas (1967) فان ريبر (Van Riper (1959) ولقد وجدوا تحسنا ملحوظا في درجة اللجلجة خلال جلسات العلاج بالتظليل ، ويرجع شارلز هيلى وسوزان هاو Healey & Howe (1987: 495) انخفاض درجة اللجلجة إلى بعض العوامل منها :

١ - قمع التغذية المرتدة السمعية .

٢ - تنظيم وتناسق إيقاع الكلام .

٣ - عدم وضوح المعنى الصريح للرسالة المظللة .

٤ - تغيير نموذج الصوت .

٥- تسهيل الصياغة اللغوية .

ولقد وُجد أنه بالرغم من ان وسيلة التظليل تساعد المتلجلجين على أن يتكلموا بطلاقة وسلاسة ، إلا أنها تعمل على إعاقة الكلام بطريقة واضحة لدى الأفراد الأسوياء (الذين يتكلمون بطريقة طبيعية) ، كما ان السبب في هذه الظاهرة غير واضح ، ولكنهما يفترضان ان الأفراد الأسوياء يعتمدون بشدة على التغذية المرتدة السمعية لتسجيل وتذكر الجمل اللفظية ، فإذا ما حدث تدخل في إدراكاتهم السمعية فإنه يساعد على اضطراب الكلام لديهم .

الهدف العام للبرنامج العلاجي :

وطبقا لوجهة نظر المدرسة السلوكية في الاضطرابات النفسية التي ترى أنها عادات ، سلوكية خاطئة وان الفرد يستطيع اكتساب السلوك السوي او المضطرب على حد سواء أثناء عملية النمو .

لذلك يرى العلاج السلوكي إمكانية تعديل السلوك المضطرب عن طريق تبديل المثيرات القديمة التي أدت إلى إحداث السلوك المضطرب بمثيرات اخرى جديدة تعمل على إثارة استجابة جديدة (سلوك جديد) .

ومن هنا المنطلق نجد ان الهدف العام لهذا البرنامج العلاجي هو تقديم أسلوب التظليل كاسلوب علاجي نفسي يساعد الطفل المتلجلج علي كف عادة (استجابة) سلوكية متعلمة والمتمثلة في الاضطراب الكلامـــي

(اللجلجة) ، وقد يساعد أسلوب التظليل على تحقيق الهدفين التاليين :

1 - التدخل في ادراكات المتلجلج السمعية لإعاقة فعل الرقابة الذاتية من جانب المتلجلج ، وهذا بناء على الافتراض الذي يقرر ان تاخير التغذية المرتدة السمعية لدى الفرد يؤدى إلى حدوث اللجلجة (حتى لا يشعر بتاخرها) .

٢ - إحداث نوع من الارتباط الشرطي بين المثير (صوت المعالج) والاستجابة (صوت المتلجلج) مما يؤدي الى التحكم في اللجلجة.

الأهداف الإجرائية :

يتضمن البرنامج أسلوبا من أساليب العلاج السلوكي ، وهو أسلوب التظليل لعلاج حالات اللجلجة لدى اطفال المرحلة الابتدائية (الصفوف الثلاث الأخيرة) ومن أهدافه الإجرائية ما يلي :

- تدريب الطفل المتلجلج على استخدام أسلوب التظليل من خلال تدريبه على تكرار كلمات المعالج فورا .

- إعطاء فكرة لوالدي الطفل عن خطة العلاج ومواعيد الجلسات العلاجية .

- تدريب والدي الطفل على التدريبات المنزلية هي استخدام أسلوب التظليل ليقوما لها مع الطفل في المنزل .

الحدود الإجرائية للبرنامج العلاجي :

تم تحديد الخطوات الإجرائية للبرنامج العلاجي كما يلي :

١ - المجموعات العلاجية :

- تم تطبيق البرنامج العلاجي (بالتظليل) على مجموعتين قوام كل منهما (٦) أطفال ممن تراوح أعمارهم ما بين (٩ - ١٢) عاما ، على أن يتم اختيارهم بين هؤلاء الذين طبق عليهم مقياس لتقدير درجة اللجلجة ، وذلك بغرض تحديد درجة اللجلجة لكل منهم .

- تم تطبيق للقياس الخاص لتحديد درجه اللجلجة بواسطة المؤلفة بصورة فردية حتى يمكن التعرف على استجابات المتلجلجين بصورة دقيقة

- المجموعات التجريبية التي تتلقى البرنامج العلاجي بالتظليل هما مجموعتان تجريبيتان بواقع (٦) أطفال لكل مجموعة .

٢ - مكان التطبيق :

تم تطبيق الجلسات العلاجية للبرنامج في قسم التخاطب بمعهد السمع والكلام .

٣ - عدد الجلسات :

تم تحديد عدد الجلسات ب (٢٠) جلسة بواقع جلستين أسبوعيا ، ويستمر العلاج لمدة (١٠) أسابيع .

٤ - الزمن المحدد لكل جلسة :

تراوحت مدة كل جلسة من (٣٠ - ٤٠) دقيقة .

٥ - التدريبات المنزلية :

بعد أن تم تدريب الطفل على استخدام أسلوب التظليل ، وبمجرد إتقان المتلجلج لكيفية استخدام فنية التظليل يكون هناك واجب منزلي

لاستخدام تلك الفنية حيث يقوم بها الوالدان مع الطفل لمدة (٣٠) دقيقة يوميا .

٦ - العلاقة العلاجية :

يصف لويس مليكة (١٩٩٠ ، ١٢٠) العلاقة بين المعالج السلوكي والعميل بأنها علاقة عمل لتحقيق هدف مشترك متفق عليه ، وأن النجاح في تحقيق هذا الهدف يعتمد بشكل كبير على هذه العلاقة . لذلك فهو يؤكد على أهمية خلق جو من الثقة بين المعالج والعميل . حيث يتجاوب المعالج مع العميل مؤكدا له أن يفهمه ومع ذلك يتقبله تقبلا تاما غير مشروط .

لهذا يتعين على المعالج أن يعمل على خلق جو يتسم بالود والألفة منذ بداية الجلسات العلاجية (المقابلة) حتى لا يشعر الطفل بالتهديد ، ويجد نفسه محاطا بالتفهم والحب مما يساعد على تهيئة الطفل لأن يألف المواقف العلاجية.

هذا بالإضافة إلى أن دور المعالج الأساسي هو وضع وتنفيذ خطوات البرنامج العلاجي ومتابعة تحسن الطفل ليساعده على اكتساب العادات الكلامية السليمة .

أدوار المشاركين في تنفيذ البرنامج العلاجي :

تعاون مع المؤلفة بعض الأساتذة المتخصصين وذوى الخبرة في مجال العلاج الكلامي بقسم التخاطب بمعهد السمع والكلام وهم :

١ - أطباء الأنف والأذن والحنجرة .

٢ - الأخصائي النفسي .

٣ - أساتذة التخاطب .

ولقد تفضلوا مشكورين بمعاونة المؤلفة في تهيئة الظروف التي تساعد على الخطوات التنفيذية للبرنامج العلاجي .

البيانات التي تحصل عليها المؤلفة قبل بداية الجلسات :

تم تصميم استمارة حالة بواسطة المؤلفة لكي تساعدها في التعرف على بعض الجوانب في حياة الطفل في الماضي والحاضر وهي تتضمن :

أولا : - بيانات عامة عن الطفل .

- نوعية العلاقات الموجودة داخل أسرة الطفل ، سواء كانت العلاقات بين الأم والأب أو بين الطفل وباقي أفراد الأسرة .
- نوعية علاقات الطفل بالآخرين داخل مجتمع المدرسة .
- الحالة الصحية للطفل والأمراض والعمليات الجراحية التي تعرض لها أثناء مرحلتي الطفولة المبكرة والمتوسطة .
- الأنشطة والهوايات .
- اضطرابات النوم .
- إصابة الطفل ببعض المشكلات النفسية.

ثانيا : بيانات عن المشكلة (المرض).

تتضمن تاريخ ظهور اللجلجة وأسباب ظهورها والأحداث التي تزامنت مع حدوث اللجلجة والجهود العلاجية التي اتبعت من قبل لعلاج المرض .

ثالثا . بيانات خاصة بالوالدين وكيفية معاملتهم للطفل وتتضمن :

- الأسلوب المتبع لمكافأة أو عقاب الطفل .
- رد فعل الوالدين تجاه لجلجة الطفل المبدئية والثانوية .
- وصفا كاملا لأول موقف لاحظ فيه الوالدان لجلجة الطفل .
- وصفا لمشاعر الوالدين تجاه المواقف التي يتلجلج فيها الطفل .

تفصيل ما تم تناوله في الجلسات العلاجية :

في البداية قامت الباحثة باختيار الموضوعات التي تستخدم للقراءة مع أسلوب التظليل ، وفضلت أن تكون من الكتاب المدرسي المقرر وبعض الموضوعات من القصص التي تتناسب مع سن أفراد العينة .

الجلسات التمهيدية :

تعتبر هذه الجلسة تمهيدية للبرنامج العلاجي ، حيث خصصت لمقابلة الطفل من أجل جمع المعلومات عن الطفل لاستخدام استمارة دراسة الحالة وإعطاء فكرة للطفل وللوالدين عن أسلوب العلاج،وكيفية استخدام الفنية العلاجية .

الجلسة الثانية :

تقدير درجة اللجلجة لدى الطفل عن طريق تطبيق :

١ - مقياس تقدير للمواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض اللجلجة .

٢ - مقياس تقدير شدة اللجلجة.

الجلسة الثالثة إلى السابعة :

- تم استخدام أسلوب التظليل مع الطفل ، حيث تقوم المؤلفة بقراءة قطعة غير معروفة للطفل - على أن تكون القراءة كلمتين ، كلمتين ، ثم يكرر الطفل فورا مع تأخير قصير جدا .

- وتطلب المؤلفة من الطفل ألا ينظر إليها ، وإنما عليه أن يركز انتباهه فقط على ما يسمعه .

- تتكون الجلسة من ثلاث فترات قصيرة تستمر كل واحدة ٤ - ٦ دقائق (قراءة بالتظليل) على أن تتخللها فترة راحة قصيرة.

الجلسة الثامنة - وحتى الجلسة العشرين :

يكرر ما حدث في الجلسات الخمس السابقة .

وبمجرد إتقان الطفل المتلجلج لكيفية استخدام فنية التظليل يكون هناك واجب منزلي باستخدام تلك الفنية بحيث يقوم بها احد والديه (او احد الاخوة الكبار) .

مثال توضيحي للعلاج بالتظليل :

الجلسة الأولى :

اعتبرت المؤلفة الجلسة الأولى تمهيدية ، حيث خصصت لجمع المعلومات عن الطفل مستخدمة استمارة دراسة الحالة .

استمارة دراسة الحالة

أولاً : البيانات العامة للحالة

الاسم : أ   الجنس : ولد

السن : ١٢ عاماً   تاريخ الميلاد : ٧ / ١٩٨٠

الصف الدراسي : الخامس الابتدائي

عنوان السكن : شبرا - روض الفرج

التليفون (ان وجد) :

عدد الاخوة : ٤

عدد الاخوة الإناث : لا يوجد

ترتيب الطفل بين الاخوة : الثالث

ثانيا : العلاقات الأسرية :

أ - العلاقة بين الأب والأم .

(متوافق - غير متوافق) الأب متوفى

ب - العلاقة بين الطفل والأم :

(رفض او إهمال - حماية زائدة - تدليل - تسلط - الأسلوب الديمقراطي)

جـ- العلاقة بين الطفل والأب متوفى

(رفض او إهمال - حماية زائدة - تدلل - تسلط - الأسلوب الديمقراطى)

د - العلاقة بين الطفل واخوته

(الغيرة - الغضب - سلوك عدواني - الكراهية - التعاون) .

ثالثاً : المدرسة وجماعة الأصدقاء :

أ - العلاقة بين المدرس والطفل .

(استخدام الثواب والعقاب - نقد وتوبيخ - إهمال ونبذة) .

ب - العلاقة بين الطفل وجماعة الأصدقاء :

(التعاون - الغيرة والتنافس - كراهية الزملاء ؛ لأنهم يسخرون منه دائما من طريقة كلامه) .

جـ - المواد الدراسية التي يميل إليها الطفل هي: الرياضيات

د - المستوى التحصيلي للطفل . جيد

هـ- هل هناك مشكلات نفسية او اجتماعية تعرض لها الطفل من قبل

١ - المدرسين : إذا تلجلج الطفل اثناء الإجابة علي اسئلة المدرس ينهره ويطلب منه الجلوس وينفجر الأصدقاء بالضحك عليه .

٢ - الأصدقاء : في المدرسة

رابعاً : الحالة الصحية للطفل :

أ - هل الحمل كان طبيعيا نعم

ب - هل الولادة كانت طبعيه لا

جـ- هل الرضاعة كانت طبيعية نعم

د - أهم الأمراض التي تعرضت لها الأم اثناء الحمل ؟ لا يوجد

** ما الأمراض الجسمية التي أصيب بها الطفل في سنوات عمره الأولى؟ الإنفلونزا - والتهاب اللوز المستمر .

** ما العمليات الجراحية التي اجريت للطفل اثناء فترة طفولته ؟

جراحة استئصال اللوز .

خامساً : الأنشطة والهوايات :

اهم الأنشطة التي يميل إليها الطفل ؟

لعب الكرة .

سادساً : الأحلام واضطرابات النوم

أ - هل ينام الطفل نوما طبيعيا لا

ب-هل يشعر بالأرق دائما اثناء الليل لا

جـ- هل يعانى من الأحلام المزعجة (الكوابيس) نعم

د - هل هناك اضطرابات في النوم لا

(نوم متقطع - مخاوف اثناء النوم)

سابعاً : المشكلات النفسية :

- هل يشعر الطفل بالخوف والفزع من :

(الكلاب - القطط - الظلام)

- هل لديه مشكلات متعلقة بالأكل :

(فقدان الشهية - تقيؤ - إفراط في تناول الطعام) .

- هل لديه مشكلات متعلقة بعملية الإخراج .

(تبول لا إرادي - إمساك مزمن) .   لا يوجد

- هل لديه بعض العادات السيئة .

(مص الأصابع - قضم الأظافر - لأزمات عصبية)   لا يوجد

ثامناً : بيانات عن المشكلة (المرض) :

- تاريخ ظهور اللجلجة .

منذ (٦) سنوات

- أسباب ظهور اللجلجة .

إجراء جراحة استئصال اللوزتين .

- استخدم مع الطفل طرقا كثيرة لإجباره على استخدام اليد اليمنى بدلا من اليسرى ، حيث يستخدم اليسرى في الأكل والكتابة .

- نوع اللجلجة .

توقفية

- الجهود العلاجية التي اتبعت من قبل:

- لا شيء .

- متى بدأ الطفل يتلجلج ؟

بعد إجراء عملية استئصال اللوزتين .

- ما هو الموقف الذي تلجلج فيه الطفل للمرة الأولى ؟

أثناء مشاجرات لأفراد الأسرة .

- هل يوجد أحد في الأسرة يعاني من اضطرابات كلامية أو لجلجة ؟

لا يوجد

- هل يكتب الطفل باليد اليمني أم اليسرى ؟

اليسرى

- متى بدأ الطفل ينطق كلماته الأولى ؟

في بداية عامه الثالث

- هل أصيب الطفل بأي أمراض قبل حدوث اللجلجة مباشرة ؟

(حمى شوكية - إنفلونزا شديدة - حصبة)

أسباب أخرى <u>التهاب اللوزتين المتكرر</u>

- ما هي العمليات الجراحية التي أجريت للطفل قبل حدوث اللجلجة مباشرة ؟ (بشهر أو أكثر من شهر) : استئصال اللوزتين

- هل بدأ الطفل يتلجلج عندما لاحظ أن أمه حامل ؟ لا

- هل تزامنت بداية لجلجة الطفل مع ميلاد طفل جديد في الأسرة ؟ لا

- هل بدأ الطفل يتلجلج عندما شعر برعب شديد (خوف) من شيء ما ؟

الخوف من إجراء الجراحة .

- هل تزامنت بداية اللجلجة مع تغيير في بيئة الطفل ؟

(انتقال من منزل لآخر)   لا

- هل تزامنت حدوث اللجلجة مع سفر احد الوالدين للخارج ؟   لا

- هل يوجد لدى الطفل اي عيوب كلامية اخرى ؟

(كلام طفلي-ابدال الحروف-حذف بعض الحروف — تاخر في الكلام)

- في اي من المواقف الآتية يشعر الطفل بالقلق من الكلام ؟

- عندما يستثار .

- عندما يسرع في الإخبار عن حادثة ما .

- عندما يكون هناك بعض الضغوط الاجتماعية .

- اهم الأشخاص التي تزداد معهم درجة لجلجة الطفل :

الأخ الأكبر - المدرس - الأصدقاء بالمدرسة اثناء الشرح يطلب منه المدرس الإجابة عن سؤال معين وعندما يتوقف الطفل بسبب اللجلجة ينهر : المدرس ويطلب منه الجلوس ينفجر زملائه في الفصل بالضحك عليه ويقول الطفل : (اشعر برأسي تدور ويكاد يغمى علي واكره نفسي) .

بيانات خاصة بالوالدين وكيفية معاملتهم للطفل

١ – اسم الوالد .... المهنة : متوفى

٢ – اسم الأم .... المهنة : مشرفة حضانة

٣ – ما المستوي التعليمي للأب : متوسط

٣ - ما المستوي التعليمي الأم : متوسط

(٤) ما المستوى التعليمي للأم : متوسط

٥ - ما الأسلوب المتبع لكافأة الطفل ؟ : احيانا النقود

٦ - ما الأسلوب المتبع لعقاب الطفل ؟ : الضرب والسب

٧ - هل كان الطفل مرغوبا فيه من قبل الوالدين ؟ : نعم

٨ - هل توجد لدى الأب او (الأم) نزعة الإلحاح وروح التدقيق في أمور النظافة ؟ لا

٩ - هل تشعر بقلق شديد على صحة الطفل الجسمية أو النفسية ؟

الأم دائمة القلق على الطفل

١٠ - هل يكتب الطفل باليد اليمنى أم اليسرى ؟ وإذا كان يكتب باليسرى

هل أجبر على استخدام اليد اليمنى أم تم ربط يده اليسرى ؟

نعم أجبر على استخدام اليد اليمنى بعدة وسائل منها ربط يده اليسرى

١١ - حاول وصف أول موقف شعرت فيه ان كلامه غير عادى ؟

أثناء مشاجرة الأم مع ابنها الأكبر بعد وفاة الأب

١٢ - وبعد الملاحظة الأولية - ماذا كان تعقيبك عليها :

- قف وبالراحة . √

- توقف وشوف اللي غلطت فيه . √

- توقف وابدأ ثانية .

- تكلم ببطء .

- مساعدته فيما يقول .

- نهره بشدة أو ضربة .

١٣ - كم مرة كان هذا التعقيب يقال :

٥ - ٢٥ مرة يوميا .

٥ - ٢٥ مرة أسبوعيا .

٥ - ٢٥ مرة شهريا .

لا أعرف كل √

١٤ - عندما يتلجلج الطفل – ما هي الحركات المصاحبة اللجلجة التي تلاحظها باستمرار ؟

- يضغط شفتيه .

- غلق عينيه . √

- يخرج لسانة . √

- عينيه تصبح واسعة .

- يفتح فمه . √

- يهز رأسه . √

- يرمش بعينيه .

- يدير فمه إلى جهة واحدة .

- يدير وجهه .

- يدير رأسه إلى جهة واحدة .

١٥ - شعورك حيال هذه السلوكيات أو (رد فعلك تجاهها) ؟

- تكرهها لقوة .

- تشعر بالأسى حيالها . √

- عدم المبالاة .

١٦ - ما الطريقة المثلى في رأيك للتغلب على اللجلجة ؟

- خفض التوتر لدى الطفل .

- إعطاؤه ، تدريبات كلامية . √

- تشجيعه على الكلام .

- خفض معدل الكلام .

- علاج نفسي .

- إتاحة الفرصة لزيادة ثقته بنفسه

- الشخص يجب أن يتغلب عليها بنفسه .

- تحضير الكلام وترتيب الأفكار قبل التكلم .

- لا تفعل شيئا يلفت انتباه الطفل

- تكون صبورا مع الطفل .

- لا ترغم الطفل على الكلام .

- إزالة الضغوط والإحباطات وحل الصراعات .

- الاهتمام بإشباع حاجة الطفل إلى الحب والحنان

- تتجاهل اللجلجة تماما.

- لا يمكن التغلب على اللجلجة .

ملخص الحالة

العلاقات الأسرية :

علاقة الحالة بأمه تتسم بالحماية الزائدة، في الوقت الذي تتسم علاقة الحالة بالأخ الأكبر (ولي أمره) بالقسوة والتسلط ، هذا إلى جانب أن المناخ النفسي (خاصة بعد وفاة الأب) الذي يحول الأسرة يتسم بالاضطراب ، ويتمثل هذا في كثرة مشاجرات الأخ الأكبر مع الأم .

المدرسة وجماعة الأصدقاء :

يتضح من علاقة الحالة بزملائه أنها علاقة نقد وتوبيخ من جانب المدرسين ، بسبب ضعف مستواه الدراسي ، بالإضافة إلى عدم مقدرته على الكلام بسلاسة، أما علاقة الحالة بزملائه فتتسم بكثرة المشاجرات ، كما أنه كثير العدوان عليهم بسبب سخريتهم من طريقة كلامه العيبة، مما أدى بالحالة إلى كره المدرسة ورفضه الذهاب إليها .

الأحلام والنوم :

يعاني الحالة من الأحلام المزعجة والكوابيس .

العادات والمخاوف :

يعاني من عادة قضم الأظافر حتى الآن ويشعر بالخوف من الظلام نتيجة لما يعانيه الطفل من مشكلة نفسية .

من خلال دراسة الحالة تعتقد المؤلفة أن العوامل التي أدت إلى ظهور اللجلجة هي تركيبة من عدة عوامل متشابكة عضوية ونفسية وبيئية ، بالإضافة إلى أن هناك بعض العوامل المسببة للجلجة وبعضها الآخر أدى إلى رسوخ اللجلجة بل وانتقالها من المرحلة الأولى إلى المرحلة المتقدمة .

أولاً : العوامل المسببة لظهور اللجلجة :

١ - عوامل نفسية :

ذكرت والدة الحالة أن الطفل كان طبيعيا ولم تكن لديه أي إعاقة كلامية، غير انه عانى بعض الشيء من تأخر الكلام ثم بدأ يتكلم في بداية عامه الثالث بصورة طبيعية .

وأضافت الأم أنها لاحظت بداية . اللجلجة لدى الطفل عندما كان يبلغ من العمر (٦) سنوات ، وبالتحديد بعد إجراء جراحة استئصال اللوزتين ، حيث لم يمهد الطفل ا لإجراء الجراحة وإنما كان دخول المستشفى بغرض العلاج فقط ، ولكنه فوجئ بدخول حجرة العمليات ، ومع عملية الإجبار والشد من جانب الممرض المختص ورؤية غيره من الأطفال وهم يبكون ويصرخون ، وتعبر الأم عن حالة الطفل بقولها : " بانه كان مرعوبا ووجهه أصفر-ولم ينطق بكلمة واحدة" .

٢ - عوامل عضوية ونفسية :

كان الطفل يستخدم اليد اليسرى في الكتابة والأكل احيانا - وبالتالي تعرض لأنواع كثيرة من الضغط والعقاب بغرض استخدام اليد اليمنى بدلا من اليسرى ، وهذا يؤدى بدوره إلى اضطراب في مراكز الكلام بالمخ ، ومن ثم اضطرب العملية الكلامية ولقد ذكر العلماء المختصون بأن عملية النطق تتضمن تآزرا بين نشاط عضلات مختلفة واقعة في الناحيتين اليمنى واليسرى للمخ . فهي تتطلب نشاط نصفي للمخ معا ، وفي أغلب الأفراد تقع نقطة البدء لعملية النطق في النصف الأيسر من المخ ، (أي الذين يستعملون اليد اليمنى بمهارة) والعكس صحيح ولكن ضغط الوالدين على استخدام اليد اليمنى ، إذا كان الطفل يستعمل أصلا اليد اليسرى ، فإن هذا يؤدى إلى تنشيط مصطنع لنصف المخ الأيسر ، بينما نصف المخ الأيمن هو الأنشط في الأصل ، ولذلك عند النطق يحاول كل من النصفين ان يبدأ سلسلة العمليات التي تقود النطق ، وينشط النصفان معا ، وتختل العلاقة الزمنية ، ومن ثم تضطرب العملية الكلامية .

(Ratner,1992)

ثانياً : العوامل التي أدت إلى رسوخ وتطور حالة التلجلج :

١ - عوامل نفسية وبيئية :

بدخول الطفل للمدرسة تطور اللجلجة إلى مرحلة أصعب من ذي قبل؟ وذلك نظرا لما تفرزه المواقف الدرسية للطفل من إحساس الضغط والقلق ، حيث إنه يشعر بأنه أدنى درجة من الآخرين .

ويعبر الطفل عن حالته أثناء الإجابة على أسئلة المدرس وعدم مقدرته على الحديث بطلاقة مثل باقي الأطفال خاصة عندما ينهره المدرس ويامره بالجلوس وينفجر زملائه بالضحك والسخرية ، من هنا تتجسد مدى حجم مشكلة الطفل في كلماته " أشعر برأسي تدور ويكاد يعمى على وأكره نفسي" .

٢ - الجو النفسي المضطرب في الأسرة ، والذي يتجسم في كثرة المشاجرات بين أفرادها خاصة بعد وفاة الأب وسيطرة الأخ الأكبر وكثرة مشاجراته مع الأم ، بالإضافة إلى اصطدام الطفل بالسلطة والتي يتجسد في هذه الحالة في الأخ الأكبر مما يساعد على ازدياد حجم مشكلة اللجلجة وتطورها من سيئ إلى أسوأ.

الجلسات العلاجية :

الجلسة الأولى :

خصصت لجمع المعلومات عن الطفل مستخدمة استمارة دراسة الحالة

الجلسة الثانية :

خصصت المؤلفة هذه الجلسة لتطبيق المقاييس الخاصة بتقدير درجة اللجلجة لدى الحالة .

الجلسة الثالثة :

حضر العميل في الميعاد الذي حددته الباحثة برفقة والدته التي أعادت على الباحثة الشكوى من العميل ومجملها كالآتي :

- رفض العميل الذهاب إلى المدرسة .
- كثرة تغيبه عن المدرسة بدون عذر أو سبب واضح .
- شكوى المدرسين من ضعف مستواه الدراسي .
- زيادة درجة اللجلجة عن ذي قبل .
- كثرة المشاجرات مع أصدقائه من المدرسة وأولاد الجيران .
- الانطواء على نفسه في المنزل أثناء زيارة الأهل والأقارب .

ثم بدأت الجلسة بدخول العميل لحجرة العلاج ورحبت له المؤلفة ، مع إشاعة جو يتسم بالألفة والتسامح ، وجلس في المكان المخصص له ، أعادت المؤلفة شرح طريقة الأسلوب العلاجي (التظليل) للعميل ، حيث اختارت قطعة القراءة المظللة وطلبت من العميل أن يركز انتباهه فقط على ما يسمعه ، وأن يكرر وراءها ما يسمعه بتأخير بسيط جدا ، بحيث تأتي كلمة الطفل ظلا لكلمة المؤلفة ، كانت القطعة تقرأ بسرعة منتظمة كلمتين ، كلمتين ، وتتم هذه العملية على ثلاث فترات بحيث تستمر القراءة بالتظلل في كل فترة ٤ - ٦ دقائق .

تتكون الجلسة من ثلاثة تمارين قصيرة تستمر كل واحدة ٤ - ٦ دقائق ، على أن يليها فترة راحة قصيرة استمرت الجلسة العلاجية من ٣٠ - ٤٠ دقيقة

القطعة المظللة :

١٢ - القاهرة قديماً وحديثا

القاهرة عاصمة جمهورية مصر العربية ، وكبرى المدن في البلاد العربية في الاتساع ، وكثرة السكان ، وما تضمه من أنواع النشاط .

في القاهرة المساجد العتيقة والكنائس الأثرية والجامعات والمدارس والمتاحف والوزارات وفيها الكثير من دور الخيالة (السينما) والمسارح ، وتمتلئ شوارعها بالسيارات والترام وتحت أرضها يجرى (المترو) وتزدحم بالمتاجر ، وقد أقيمت فيها (الكباري) العلوية ؛ لتيسير حركة المرور .

ولياليها أضواء ساطعة ذات أشكال وألوان ، ولا تزال آثارها تحكي لنا صورة الحياة في القاهرة القديمة .

تعال نعش مع الناس في القاهرة القديمة .

نعم ، إنها أصغر من قاهرة اليوم - يحيط بها سور ضخم لحمايتها ، للسور أبواب كبيرة ، منها ، (باب الفتوح) و (باب زويلة) وكلها موجودة حتى الآن ، وكذلك بقايا السور . في الداخل (أحياء) وشوارع متفرع منها حوار وأزقه بعض الحواري ، لها أبواب تغلق ليلاً حرصاً على الأمن ، وكل حارة لها رئيس يعرف أهلها جميعا اسمه (شيخ الحارة) .

لقد وجدت المؤلفة أن العميل يلاقي صعوبة في استخدام القراءة بالتظليل في هذه الجلسة .

الجلسة الرابعة .

حضر العميل في الميعاد المحدد للجلة، واستقبلته المؤلفة بالترحيب ، بادر العميل بالسؤال التالي ، " هل أنا هاخف فعلا من اللجلجة ؟ المدرس كل ما أتكلم بقول "روح اتكلم عدل الأول " وعبر العميل عن كرهه الذهاب إلى هذه المدرسة، بقوله ، " أنا كرهت المدرسة دي وعاوز اروح مدرسة ثانية " بسبب أن أصدقاءه يسخرون دائما من طريقة كلامه ، بل ويرفضون اللعب او الكلام معه ، ولذلك هو يريد طريقة تخلصه من هذا العيب الكلامي ، طمأنته المؤلفة إلى جدوى استخدام الوسيلة العلاجية مع الالتزام بمواعيد جلسات العلاج ، وان عملية علاج اللجلجة أو التخفف من حدتها يأخذ وقتا طويلا نسبيا .

رأت المؤلفة ان في رغبة العميل في التخلص من اضطرابه عاملا مساعدا للاستجابة للعلاج .

الإجراء ، كما تم في الجلسة السابقة .

الجلسة الخامسة :

وصل العميل متأخرا عن ميعاده ، وقالت والدته : أنه لا يريد أن يأتي إلى العيادة وحتى المدرسة تغيب عنها لمدة يومين : لما سألته المؤلفة عن السبب ، فقال العميل : أصل أنا باتعب لما بروح المدرسة " .

المؤلفة . كيف ؟

العميل : (دائما أشعر بدوخة في رأسي وأنا في المدرسة ، علشان كده لازم أغيب) .

يلاحظ أنه ذكر فيما سبق في دراسة الحالة ، أنه كان يصاب بالدوار عندما يسخر منه أصدقائه في الفصل أو عندما يمنعه المدرس من إكمال إجابته على الأسئلة الموجهة له .

ولكن المؤلفة شجعته على الاستمرار في الذهاب إلى المدرسة وحضور جلسات العلاج بانتظام ، كما شجعته على استذكار دروسه جيدا . الإجراء . كما الجلسات السابقة .

الجلسة السادسة :

لم يحضر العميل إلا في نهاية الوقت المحدد للجلسة لدرجة أن المؤلفة اعتقدت أنه لن يحضر في هذا اليوم ، وعندما دخل العميل إلى الغرفة نظرت إليه المؤلفة ولكنه اعتذر وبادرها بالسؤال عن مدى أهمية ما يفعل في الجلسة العلاجية وهل تفيد حقا في إزالة إعاقته أو لا ، وتمثل هذا في قوله " أصل أنا باجي كل مرة ومش حاخف يبقى آجي ليه " ، كما عبر العميل عن حالته في المدرسة من أنه يستذكر دروسه بجد ونشاط ولكنه عندما يجلس في الفصل ويرى المشاركة في الإجابة على الأسئلة لا يعطيه المدرس الفرصة ويقاطعه قائلا . (اجلس كده الحصة حتخلص وانت لسه ما خلصتش روح اتعالج وبعدين جاوب " ثم يستطرد العميل " وبعد كده كل أصحابي يضحكوا علي يبقى أروح المدرسة ليه،أنا باحس أن راسي بتلف)

ولكن المؤلفة طلبت منه الاستمرار في المذاكرة والذهاب إلى المدرسة قائلة : " إن اجتهادك في المدرسة يساعدك على الثقة بالنفس وبالتالي التخلص من اللجلجة " .

كما طلبت المؤلفة منه ألا يعمل على إخفاء لجلجته ولا يهتم بآراء الآخرين في ذلك ، لأنها رأت أن هذا يساعده عن خفض الدافع الإحجامي للجلجة ، ولكي يتعلم أن يواجهها ولا يحاول إخفاءها ، حيث إن هذا - على الأقل - يساعد على إخفاء المظاهر المرتبطة بحدوث اللجلجة مثل احتقان وتقلص عضلات الوجه التي تلفت إليه النظر بصورة أكبر من اللجلجة .

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة .

الجلسة السابعة :

في هذه الجلسة رأت المؤلفة أن تكثف من التدريبات على أسلوب العلاج بالتظليل ، خاصة بعد أن تأكدت من إتقان العميل لاستخدام القراءة بالتظليل ، لذلك طلبت منه القيام بتدريبات منزلية باستخدام أسلوب التظليل مع أحد الوالدين ، لمدة ٢٠ دقيقة يوميا .

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة .

الجلسة الثامنة :

حضر العميل في ميعاد الجلسة المحددة وبعد أن قابلته المؤلفة بالترحاب سألته عن الواجبات المنزلية وهل قام بتأدية التدريبات كما طلب منه بالضبط أو لا ولقد أشار العميل أنه قام بالتدريبات بعض الأيام فقط .

ولاحظت المؤلفة أنه مازال لا يثق بنفسه ولا بطريقة العلاج فهو لا يتخيل أنه سيتخلص من عيبه الكلامي هذا .

ولهذا رأت المؤلفة ضرورة خلق جو يتسم بالألفة والتسامح ، بل وتشجيعه على أن يتلجلج بحرية ، حتى تعمل على خفض الدافع الإحجامي في محاولة لتقليل قلق العميل نحو عيبه الكلامي .

الإجراء كما تم في الجلسات السابقة .

من الجلسة التاسعة - حتى الجلسة السادسة عشرة :

جرت الجلسة وفق ما سبق دون تغيير يذكر سوى أن العميل بدأ يلتزم بمواعيد الجلسات ويواظب على تأدية التدريبات المنزلية .

قلت نسبة غياب العميل عن المدرسة - ولكنه كان يتغيب أحيانا بحجة التعب أو المرض .

كان يذكر من حين لآخر - عدم جدوى وسيلة العلاج معه وأنه لم يشف من اللجلجة .

لاحظت المؤلفة أن هناك تحسنا طفيفا بدأ يطرأ على حالة العميل ، حيث إنه لم يعد يذكر أن سبب تغيبه من المدرسة هو كرهه للمدرسة والأصدقاء ولكن هناك سببا آخر هو المرض أو التعب .

استمرار إجراءات جلسات العلاج - كما في الجلسات السابقة - مع استمرار تشجيع المؤلفة على المواظبة على الذهاب للمدرسة يوميا .

الجلسة السابعة عشرة :

في هذه الجلسة حضر العميل في الميعاد المحدد ، وجلس في المكان المخصص له وبعد ترحيب المؤلفة وسؤاله عن الواجبات المنزلية وبسؤاله عن مدى التزامه بالذهاب للمدرسة يومياً قال : " أنا بروح للدرسة كل يوم ، لكن لما بتعب أغيب صديقي محمد بيقولي المدرسة مهمة عشان نتعلم ".

وعلقت المؤلفة " حسناً أنا مبسوطة منك جدا يا (س) - انت الآن أصبحت ممتازا " لاحظت المؤلفة أنه أول مرة يذكر فيها العميل كلمة صديقي ، حيث أن من العوامل التي كانت تبعده عن جو المدرسة هو كرهه لأصدقائه وسخريتهم منه ، هذا بالإضافة إلى أنه يثق بهذا الصديق بدليل اقتناعه بكلامه .

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة .

الجلسة الثامنة عشرة :

اعتاد العميل على الحضور في المواعيد المحددة للجلسات العلاجية ، كما اعتاد أيضا على تأدية التدريبات المنزلية بنظام ، مع ملاحظة ان درجة اللجلجة لدى العميل بدأت تنخفض إلى حد ما .

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة .

الجلسة التاسعة عشرة :

دخل العميل حجرة العلاج وقد بدا عليه الارتياح والسرور وهو يعطي ، المؤلفة ورقة قائلا شوفي " لقد كانت ورقة اختبار في مادة اللغة العربية خاصة به وقد أحرز درجات عالية فيه ، شجعته المؤلفة " برافو " أنت كده أصبحت فعلا ولدا مجتهدا ، قال العميل : " أصل انا وصاحبي محمد ذاكرنا كويس بدري قبل بداي الحصة الأولي وعشان كده إحنا الاثنين جبنا درجات كويسة قوى ، وكمان المدرس مبسوط مني وخلى كل الفصل يصفق لي "شجعته المؤلفة:حسنا .

فاستطرد قائلا . " أنا كويس في امتحانات التحريري لكن في الأسئلة الشفوي لسه بتلجلج شويه لكن مش مهم ".

لاحظت المؤلفة في هذه الجلسة عدة نقاط .

- حرص العميل على الذهاب للمدرسة مبكرا .

- ظهور بداية تأسيس للعلاقات الاجتماعية متمثلة في مذاكرته مع صديقه

- تلاشى إحساس العميل بالضيق والملل من الوجود في المدرسة . الإجراء ، كما تم في الجلسات السابقة .

الجلسة العشرون :

(هذه الجلسة تأخرت لمدة عشرة أيام لظروف الإجازة)

دخل العميل حجرة العلاج مسرعا ومبتهجا - بعد أن استأذن في الدخول قبل ميعاده بنصف ساعة - وبعد الترحيب قال : (أنا عاوز أخلص بسرعة هنا عشان عايز أرجع المدرسة تاني ، وإن ماكنش عند حضرتك وقت بلاش الجلسة النهاردة " .

ولما سألته المؤلفة عن السبب رد قائلا : " أصل مدرس الألعاب اختارني مع خمسة من الفصل في فريق المدرسة لكرة القدم وكل يوم لازم أتدرب في الفسحة مع بقية أصحابي - أيوة لازم فريقنا يكون أحسن فريق وعشان كده كل يوم لازم أتدرب مع بقية أصحابي دلوقت مقدرش أغيب عن المدرسة خالص " .

لاحظت المؤلفة عدة نقاط كانت مؤشرا لتحسن حالة العميل .

- تحسن واضح في طريقة كلام العميل عن ذي قبل .

- شعور العميل بأهمية دوره في فريق المدرسة (ثقة بالنفس) .

- تواجد العلاقات الاجتماعية مع أصدقائه متمثلة في حرصه على التدرب مع أصحابه كل يوم .

- عدم اهتمامه بقصوره اللفظي قد تجلى وظهر في عدم اهتمامه بجلسات العلاج التي شعر أنه لم يعد في حاجة لها .

- حرصه على تحقيق ذاته كفرد له ذاته ، وبدا ذلك في رفضه فكرة الغياب من المدرسة .

- تلاشى الإحساس باليأس في الشفاء النهائي من القصور اللفظي ، على الرغم من أن اللجلجة لم تختلف تماما - لكنها على الأقل خفت حدتها بشكل كبير عن ذي قبل ، وهذا يعنى أنه اتخذ اتجاها موضوعيا نحو اللجلجة ، أي أصبح متقبلا لذاته متقبلا لقصوره اللفظي دون حرج وظهر ذلك واضحا في شيئين :

أ - تلاشي المظاهر الثانوية المصاحبة لحدوث اللجلجة مثل تقلص عضلات الوجه أو اهتزاز الجسم .

ب - أنه لا يحاول إخفاء لجلجته والشعور بالحرج والخجل منها ، ولم يعد مهتما بآراء الآخرين تجاه هذا الموضوع .

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة.

القطعة المظللة :

٢١- كلنا رجال الشرطة

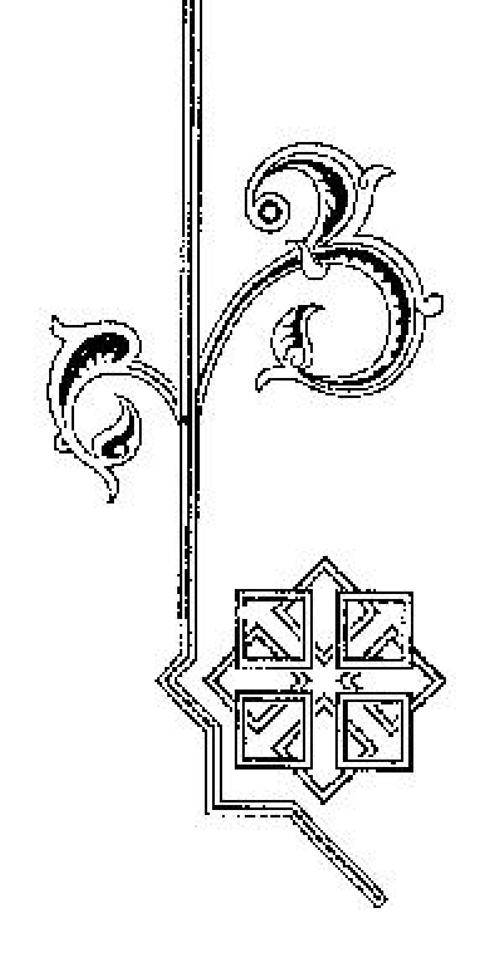
انت تعيش مع اسرتك في امن وسلام ، وتنام في بيتك هانئا مطمئناً ؛ لأن هناك عيونا لا تنام ، تسهر على راحتك ، وتحافظ على امن كل مواطن .

إنهم رجال الشرطة.أبناء مصر وحماتها.يحمون المدن والقرى ويحافظون على الأرواح والممتلكات ، وينظمون حركة المرور ، ويعاونون ضيوف مصر ، ويكرمونهم ، ويرشدونهم .

يساعدون الضعيف.ويعطفون على الصغير، ويجيبون المستغيث ويتجولون في شوارع المدن والقرى ، لحفظ النظام واستقرار الأمن .

يستعينون على عملهم بأحدث الأسلحة ، وأحدث الأجهزة العلمية ، فتراهم يحملون (اجهزة اللاسلكي الحديثة) ويركبون السيــارات في (دوريات) منظمة ، او يركبون الدراجات البخارية (الموتوسيكلات) ولا يتوقف نشاطهم ليلاً ولا نهاراً ، فهم في خدمة الشعب في كل وقت وفي كل مكان ، حتى حدود البلاد والمسطحات المائية .

المراجع



أولاً - المراجع العربية

ثانياً- المراجع الأجنبية



المراجع

أولاً- المراجع العربية :

١. إبراهيم أنيس (١٩٩٥) ، الأصوات اللغوية ، القاهرة : مكتبة الإنجلو المصرية .

٢. ابن منظور ، كشاف العرب ، الجزء الثانى ، الطبعة الأولى ، بيروت : دار صادر .

٣. أبى الحسين أحمد بن فارس ، معجم مقاييس اللغة ، (ط ٢) ، تحقيق عبد السلام هارون (١٩٨١) القاهرة : مكتبة الخانجى .

٤. اتوفينخل . (ترجمة) صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق (١٩٦٩) : نظرية التحليل النفسى فى العصاب (الجزء الثانى) القاهرة : مكتبة الأنجلو .

٥. إجلال محمد سرى (١٩٩٠) : علم النفس العلاجى . القاهرة : عالم الكتب .

٦. إيناس عبد الفتاح أحمد سالم (١٩٨٨) ، دراسة نفسية فى اضطرابات النطق والكلام . رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

٧. بدرية كمال أحمد (١٩٨٥) ، ظاهرة للجلجة فى ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية . رسالة دكتوراه ، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية ، جامعة عين شمس .

٨. جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفافى (١٩٨٨) ، معجم علم النفس والطب النفسى . (ج) ، القاهرة : دار النهضة العربية .

٩. جان شك جروسمان وآخرون (ترجمة) محمد عبد الحميد أبو العزم (١٩٦١) ، كيف يلعب الأطفال للمتعة والتعلم ، كيف تفهم الأطفال . سلسلة دراسات سيكولوجية (٢١) . (ط٢) . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

١٠. جمال محمد حسن نافع (١٩٨٧) : اللجلجة وعلاقتها بسمات الشخصية ومستوى التطلع لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية . رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

١١. حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨) : الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط ٢) القاهرة ، عالم الكتب .

١٢. حسام الدين عزب (١٩٨١) : العلاج السلوكي الحديث ، تعديل السلوك ، أسسه النظرية ، وتطبيقاته العلاجية والتربوية ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

١٣. حسين خضر (١٩٦٠) ، علاج الكلام (ط ١) القاهرة : عالم الكتب .

١٤. ذكية فرحات حسين (١٩٦٤) : دراسة تجريبية للتغيرات التي تطرا على شخصية الأطفال المشكلين انفعاليا في خلال فترة العلاج النفسي غير الموجه عن طريق اللعب رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

١٥. زينب سعد شقير(٢٠٠٠) : اضطرابات اللغة والتواصل ، القاهرة مكتبة النهضة المصرية .

- اليونسكو ، مركز الاتصال الشامل إرشادات في التربية الخاصة لتعلم الأطفال الناشئين ضعاف السمع كوبنهاجن — الدنمارك ١٩٨٧

١٦. سامية القطان (١٩٨٠) ، استمارة المستوى الاجتماعي — الاقتصادي — الثقافي . كراسة الأسئلة ومعايير التصحيح ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .

١٧. سعد فرنسيس جندي (١٩٩٢) : النمو النفسي من الميلاد حتى المراهقة ، لجنة النشر للثقافة القبطية والأرثوذوكسية .

١٨. سوزانا ميلر (ترجمة) حسن عيسى ومحمد عماد الدين إسماعيل(١٩٨٧)، سيكولوجية اللعب ، الكويت ، عالم المعرفة .

١٩. شيري . وب . سايرز (ترجمة) محمد فرغلي فراج (١٩٨٥) : تجارب على الكف الكلي للجلجة عن طريق التحكم الخارجي ، في مرجع في علم النفس الإكلينيكي (القاهرة ، دار المعارف)

٢٠. صفاء غازي أحمد حمودة (١٩٩١) : فاعلية أسلوب العلاج الجماعي (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة . رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٢١. طلعت منصور (١٩٦٧) : دراسة تحليلية للمواقف المرتبطة باللجلجة في الكلام . رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٢٢. عبد السلام عبد الغفار (١٩٨١) ، مقدمة في الصحة النفسية . القاهرة : دار النهضة العربية .

٢٣. عبد الله ربيع محمود (١٩٩٢) ، علم الكتابة العربية . القاهرة ، مطبعة كوبك حمادة .

٢٤. عبد الله ربيع محمود، عبد العزيز احمد علام (١٩٨٨) ، علم الصوتيات — مكة المكرمة : مكتبة الطالب الجامعية .

٢٥. عبد المنعم عبد الله (١٩٩٠) ، حرمان الطفل من الوالدين وعلاقته بالنمو اللفظي في مرحلة ما قبل المدرسة — رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

٢٦. فؤاد البهي السيد (١٩٧٩) ، علم النفس الأخصائي وقياس العقل البشري (ط ٢) القاهرة ، دار الفكر العربي .

٢٧. فارس موسى مطلب (١٩٨٧) ، في اضطراب النطق عند الأطفال العرب ، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة ، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية .

٢٨. فان ريبر (ترجمة) صلاح الدين لطفي (١٩٦٠) ، مساعدة الطفل على إجادة الكلام ، (ط ١) . القاهرة ك مكتبة النهضة المصرية .

٢٩. فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩٠) ، سيكولوجية الأطفال غير العادي ، استراتيجيات التربية الخاصة ، الجزء الثاني — الكويت ، دار القلم .

٣٠. فتحي رضوان (١٩٦٠) ، مقدمة كتاب علاج الكلام تأليف حسين خضر ، القاهرة :ك عالم الكتب

٣١. فيصل محمد خير الزراد (١٩٩٠) ، اللغة واضطرابات النطق والكلام — الرياض ، دار المريخ للنشر الرياضة .

٣٢. كاميليا عبد الفتاح (١٩٨٠) ، العلاج النفسي الجماعي للأطفال باستخدام اللعب (ط ٢) القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

٣٣. كلارك موستاكس (ترجمة) عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٠) ، علاج الأطفال باللعب ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

٣٤. لويس كامل مليكة (١٩٩٠) ، العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، الكويت ، دار القلم للنشر والتوزيع

٣٥. ليلي أحمد كرم الدين (١٩٩٣) ، اللغة عند الطفل تطورها العوامل المرتبطة بها ومشكلاتها ،القاهرة ، مكتب أولاد عثمان للطباعة .

٣٦. ليلي أحمد كرم الدين ١٩٩٠ ، قوائم الكلمات الأكثر انتشار في أحاديث الأطفال من عمر عام حتى ستة أعوام ، مطبوعات مركز توثيق وبحوث أدب الطفل — الهيئة المصرية العامة للكتاب .

٣٧. مجمع اللغة العربية (١٩٦١) ، المعجم الوسيط . القاهرة ، مطبعة مصر .

٣٨. محمد بهائي السكري (١٩٨٧) ، قاموس طبي . مصطلحات أساسية ، القاهرة ، دار الكتب المصرية .



٣٩. محمد رفقي عيسى (١٩٨١) ، النمو النفسي آراء ونظريات ، القاهرة ، دار المعارف .

٤٠. محمد عبد المؤمن حسين (١٩٨٦) ، مشكلات الطفل النفسية الزقازيق ، دار الفكر الجامعي .

٤١. محمد نزية عبد القادر (١٩٧٦) ، مدى فاعلية الممارسة السلبية والترديد (التظليل) كاسلوبين سلوكيين في معالجة بعض حالات التلعثم . رسالة ماجستير . كلية التربية ، الجامعة الأردنية .

٤٢. محمود حسن عثمان (١٩٩٩) ، طرق اكتشاف عيوب النطق والكلام ، جريدة البيان ، دبي .

٤٣. محمود حسنين السكري (١٩٨٧) ، مشكلات الكلام في الأطفال . رسالة ماجستير ، كلية الطب جامعة القاهرة .

٤٤. مختار حمزة (١٩٧٩) ، سيكولوجية المرضى وذوي العاهات (ط ٤) . جدة ، دار المجمع العلمي .

٤٥. مصطفى فهمي (١٩٦٥) ، سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، القاهرة ، مكتبة مصر .

٤٦. منير البعلبكي (١٩٧٨) ، المورد ، قاموس إنجليزي — عربي ، بيروت ك دار العلم للملايين .

٤٧. نوال عطية (١٩٩٥) ، علم النفس اللغوي ، القاهرة المكتبة الأكاديمية ط ٣ .

٤٨. هدى عبد الحميد برادة (١٩٦٧) ، دراسة في العلاج الجماعي للمصابين باللجلجة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٤٩. وفاء محمد البيه (١٩٩٤) ، اطلس أصوات اللغة العربية ، موسوعات طب الصوتيات العالمية القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .

ثانياً: المراجع الأجنبية :

1- **Ariet, Silvano et al. (1959).**

American Handbook of Psychiatry. Vol. (1) New York: Basic Book Publishers.

2- **Aron, Myrtle., L.C. (1967).**

The Relationships between Measurements of Stuttering Behavior. Journal of South Africa Logopedic Society. Vol. 14 (1) pp. 15-34.

3- **Axline. Virginia, M. (1969).**

Play Therapy . New York: Ballantine Books.

4- **Beech, H.R. & Fransella, Fay . (1968).**

Research and Experiment in Stuttering. New York: pergamon Press.

5- **Bellack, Alan S. et al. (1982).**

International Handbook of Behavoir Modification and Therapy.New York: Plenum Prees.

6- **Bangs, T. (1968).**

Language and learning disorders of the pre-Academic child, New-York: Appelton-Century.

7- **Berkowitz, Samuel (1982).**

Behavior Therapy. In the Newer Therapies Sourcebook by Edwin Lawrence & Stuart, Irving, R. New York: Van Nostrand Reinhold Company. Pp. 19-30.

8- **Berry, M.F. & Eisenson, J. (1956).**

Speech Disorders: Principles and Practice of Therapy. New York: Appleton-Century Crofts. Division of Mereadith Corporation.

9- **Bhargava, S.C. (1988).**

Participant Modeling in Stuttering. Indian journal of Psychiatry. Vol. 30 (1) pp. 91-93.

10- **Bloodstein, O. (1969).**

A Handbook on Stuttering. Chicago: National Easter seall Sociaty for Crippled Children and Adults.

11- **Bloodstein, Oliver (1986).**

Stuttering. In Collier's Encyclopedia. Vol. 21. pp. 573.

12- **Brain, Lord (1965).**

Speech Disorders. Aphasis, Apraxia and Agnosia. London: Butterworths.

13- **Brumfitt, S.M. and Peake, M.D. (1968).**

A Double- Blind Study of Verapamil in the Treatment of Stuttering. The British journal of Disorders of Communication. Vol. 23 (1) pp. 35-50.

14- **Byrne, Renee (1982).**

Let's Talk About Stammering London: Unwin Paperbacks.

15- **Conture, Edward, G. (1988).**

Youngsters who Stutter. Diagnosis, Parent Counselling, and Referral. Journal of Development of Behavior pediatrics. Vol. 3 (3) pp. 163-169.

16- **Curtis, James (1967).**

Disorders of speech, In speech Handicapped school children by Johnson, et al . Harper and Row, New York.

17- **Costello, J. & Ingham, R. (1984).**

Measures of frequency and Duration of Stuttering. In Research Procedures for measuring stuttering severity. By Ludlow Christy. Bethesda .National institute on Deafness and other Communication Disorders. Pp. 28-29.

18- **Curran, Jean (1987).**

Speech language Problems in Children London: Love publisher Company.

19- **Cash, James, R. (1989).**

Language aquistion in autistic children, paper came from the net htt: //www. Life staries com/paper / Autistic.

20- **Daniels, Clesbie R. (1982).**

Guidelines for play Group Therapy. In Group Therapies for children and Youth by Schaefer Charles and Johnson , Lynnette. San Francisco: Jossey – Bass publishers. Pp. 69-72.

21- Dominick, Barbara, A. (1959).

Stuttering. In American Handbook of Psychiatry Vol. 1 by Ariet, Silvano & et al. New York: Basic Book Publishers. Pp. 950-962.

22- Dominick , Barbara (1962).

The Psychotherapy of Stuttering. U.S.A Springfield. Charles Thomas Publisher.

23- Dorfman, Elaine (1951).

Play Therapy. In therapy implications and theory. By Rogers, Carl, R. Boston: Houghton Mifflin Company. Pp. 235-269.

24- Edwin, Lawrence and Stuart, Irving R. (1982).

The Newer Therapies Sourcebook. New York: Van Nostrand Reinhold Company.

25- Eisenson, Jon (1958).

A Perseverative Theory of Stuttering. In Stuttering , a Symposium by Eisenson Jon & Johnson Wendell. New York: Harper & Row. Pp. 223-244.

26- Eisenson . Jon and Johnson , Wendell (1958).

Stuttering, a Symposium New York: Harper and Row.

27- Espir, Michael, L. & Gliford, Rose, F. (1983).

The Basic Neurology of Speech and Language London: Blackwell Scientific Publications.

28- Freema, Frances Jackson (1982).

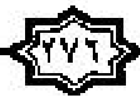
Stuttering. In speech, language and Hearing. Vol. 2 by Lass, Norman et al. London: Sunders Company. Pp. 673-686.

29- Freguson, George A. (1976).

Statistical Analysis in Psychology Education, 4th Edition. New York: Hill Book Company.

30- Glasner, Philip J. (1962).

Psychotherapy of the Young Stutterers. In the Psychotherapy of Stuttering. By Dominick, Barbara, Springfiela. U.S.A. Charles Thomas Publisher. Pp. 240-256.



31- Goraj, Jane Taylor (1974).

Stuttering Therapy as Crisis Intervention. British Journal of Disorders of Communication. Vol. 9 (1) pp. 51-57.

32- Goran, Lars & Gotestan, Gunnar & Melin, Lennart (1976).

A controlled study of Two Behavior Methods in the Treatment of Stuttering. Behavior Therapy, Vol. 7 (5) pp. 587-592.

33- Gregory, Hugo, H. (1986).

Stuttering; A contemporary Perspective in International Association of Logopedics and Phoniatrics. London: Medical and Scientific publishers. Pp. 89-119.

34- Guerney, Louise, F. (1983).

Client-Centered Nodirective play Therapy. In Handbook of play Therapy by Schaefer, Charles & O'Connor, Kevin. New York: Wiley Interscience publication. pp . 21-61.

35- Hageman. Carlin F. & Greene, Penny, N. (1989).

Auditory Comprehnsion of Stutterers on the Competing Message Task. Journal of Fluency Disorder. Vol. 14 (2) pp. 109-120.

36- Healey, E. Charles & Howe, W. Susan (1987).

Speech Shadowing characteristics of Stutterers Under Diotic and Dicjotic Conditions. Journal of Communication Disoders. Vol. 20 (6) pp. 493-506.

37- Hetherngton, E.M. and Proke, R.D. (1979).

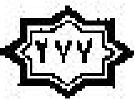
Child psychology "Aconemporary View Point" London: M.C.G. raw.

38- Hood, Stephen, B. (1978).

The Assessment of fluency disorders. In diagnostic procedures in Hearing, Language and speech by singh, Sadanand & Lynch Joan. Baltimore: University Park Press. Pp. 533-572.

39- Ingham, Roger, J. (1983).

Treatment of Stuttering in Early Childhood. California: College Hill Press.



40- Johannesson, Goran (1975).

Two Behavior Therapy Techniques in the Treatment of Stuttering. Scandinavian journal of Behavior Therapy Vol. 41 pp. 11-22.

41- Johnson, Wendell (1955).

Stuttering in children and Adults Thirty years of Research at the University of Iowa. Minneapolis: University of Minnesota Press.

42- Johnson, Wendell (1956).

Perceptual and Evaluational factors in stuttering. Minneapolis: University of Minnesota Press.

43- Johnson, Wendell (1956).

Stuttering children. In speech therapy, A book of reading , by Riper, Van. New York: Prentice-Hall, INC.

44- Jones, G,M. (1985).

The psychology of human development Harper and Row publisher, New York.

45- Johnson, W. et al. (1959).

The onset of stuttering, Research finding and implications. Minneapolis: University of Minnesota press.

46- Klouda, Gayle V. and Cooper, William E. (1988).

Contrastive stress, Intonation, and stuttering Frequency. Language and speech . Vol. 31 (1) pp. 3-20.

47- Karnes, M.B. Taskas . J.A. Hodgins, A.S. (1970).

Successful implementation of highly specific pre-school instructional programme by paraprofessional teachers, Journal of special Education.

48- Karen, L.B (1981).

Manual communication training for non speaking reading children, Journal of pediatric psychology, Vol. 6 (1) pp. 15-27.

49- **Kondas, O. (1967).**

The treatment of Stammering in children by the shadowing method. Behavior research and Therapy. Vol. 5(4) pp. 325-329.

50- **Lanyon, Richard & Goldsworthy, Robert, J. (1982).**

Habit Disorders, In International Handbook of Behavior Modification and Therapy by Bellack, Alan, S. et al. New York: Plenum Press. Pp. 813-821.

51- **Lass, Norman et al. (1982).**

Speech, Language and Hearing Vol. 2. London: Sunders Company.

52- **Lindgren, Bernard, W. (1983).**

Statistical Theory, 3rd Edition. New York: University of Minnesota press.

53- **Ludlow, Christy, L. (1990).**

Research procedures for measuring stuttering severity. Bethesda. National Institute on deafness and other communication disorders.

54- **Mahone, Charles (1973).**

The comparative Efficacy of Non-directive Group play Therapy with preschool Speech or Language Delayed Children. Dessertation Abstracts International. Vol. 35 No. (1-B) PP. 495.

55- **Martin, Richard R. and Haraldson , Samuel, K. and Woessner, Garry, L. (1988).**

Perceptual scaling of stuttering severity. Journal of Fluency Disorders. Vol. 13 (1) pp. 27-47.

56- **Meyer, V. and Chesser, Edward S. (1970).**

Behavior therapy in clinical psychiatry. Harmonds Worth, Middlesex, England: Penguin books.

57- **Morley, Muriel, E. (1972).**

The Development and Disorders of Speech in Childhood. London: Churchill Livingstone.

58- **Murray, K and Empson, J. and Weaver, S. (1987).**

Rehearsal and Preparation for speech in stutterers: a Psychophysiological Study. The British Journal of Disorders of Communication. Vol. 22(2) pp. 145-150.

59- **Pellman, Charles (1962).**

The Relationship between speech therapy and psychotherapy. In the psychotherapy of Stuttering by Dominick, Barbara, Springfield: Charles Thomas Publisher. Pp. 119-137.

60- **Raj, J. Baharath (1976).**

Treatment of Stuttering. Indian Journal of Clinical Psychology. Vol. 3 (2) pp. 157-163.

61- **Ratner, Nan Bernstein (1992).**

Measurable Outcomes of Instructions to Modify Normal Parent-child Verbal Interactions: Implications for Indirect Stuttering Therapy. Journal of speech and Hearing Research. Vol. 35, (1) pp. 14-20.

62- **Riper, Van (1956).**

Speech therapy, A book of Reading. New York: Prentice-Hall, Inc.

63- **Rogers, Carl R. (1951).**

Therapy implications and theory. Boston: Houghton Mifflin Company.

64- **Rustin, Lena (1991)**

Parents families and the stuttering child.

65- **Rustin, Lena and Kuhr, Armin (1988).**

The Treatment of Stammering, A Multi-Model Approach in an in-patient setting. The British Journal of Disorders of Communication. Vol. 18(2) pp. 93-96.

66- **Stein, R.E (1986).**

A comparison for mothers-fathers language to normal and language deficient children speech-disorders, Vol. 36 (3).

67- Schaefer, Charles and Johnson, Lynnette (1982).

Group Therapies for children and Youth. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

68- Stark, R.E. (1979).

Language acquistion, prespeech segmental feature development Fletcher, Cambridge university press.

69- Slobin, D.I. (1971).

Psycholinguistic London: Scottforesman and comp. Glenview.

70- Schaefer, Charles and O'Connor , Kevin (1983).

Handbook of play Therapy. New York: A Wiley- Intercience Publication.

71- Scheidgger, Ursula (1987).

Spieltherapie Mit Stotternden Kindern ein Erfahrungsbericht. Viertel Jahresschrifr fur Heilpadagoglk Uniltre Nachabaryebiete, Vol. 56(4) pp. 619-629.

72- Schiebel, Thomas Walter (1975).

The Experimental Analysis of Stuttrieng in Children. Dissertation Abstracts international. Vol. 36 No (3) pp. 480.

73- Shane, Mary Sternberg (1955).

Effect of Stuttering. Alteration in Auditory Feedback. In stuttering in children and Adults. Thirty years of research at the University of Iowa by Johnson Wendell. Minneapolis: University of Minnesota Press. Pp.286- 294.

74- Sheehan, Joseph (1958).

Conflict Theory of Stuttering. In stuttering a Symposium by Jon Eisenson & Wendell Johnson. New York: Harper and Row. Pp. 121-130.

75- Sherman, D. (1952).

Rating scales of Severity for Stuttering. In Research Procedures for Measuring Stuttering Severity by Christy Ludlow. Bethesda National Institute on Deafness and other communication Disorders.

76- Shirley, N. and Sparks, M. (1984).

Birth Defects and speech Disorders. California: College – Hill Press.

77- Shumak, Irene Cherhavy (1955).

Speech Situation Rating Sheet for stutterers. In stuttering in Children and Adults. Thirty years of Research at the University of Iowa by Wendell Johnson. Minneapoilis: University of Iowa.

78- Singh, Sadanand and Lynch, Joan (1978).

Diagnostic procedures in Hearing, Language and speech. Baltimore: University Park Press.

79- Slavson, S.R. (1956).

The fields of Group Psychotherapy. New York: International Universities Press.

80- Starkweather, C. Woodruff (1983).

Speech and Language. New York: Prentic-Hall Englewood Cliffs.

81- Tyler, L, and Wilson, W. (1976).

Some development acpects of sentence processing and memory child longs.

82- Travis, Lee Edward (1956).

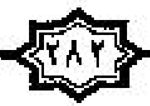
My present Thinking on Stuttering, In Speech Therapy, A book Of Reading by Riper, Van . New York: Prentice-Hall, INC.

83- Wakaba, Y.Y. (1983).

Group play therapy for Japanese Children Who Stutter. Journal of Fluency Disorders. Vol. 8(2) pp. 93-118.

84- Watson, Jennifer Barber & Gregory, Hugo H. & Kistler, Doris J. (1987).

Development and Evaluation of an inventory to Assess Adult Stutterers communication Attitudes. Journal of Fluency Disorders. Vol. 12(6) pp. 429-450.



85- **West, Robert (1956).**

The Pathology of Stuttering. In speech therapy, A book of Reading, by Riper, Van New York Prentice-Hall, INC.

86- **Wintiz, H. (1969).**

Articulatory acquisition and Behavior, New York, Appelton-century.

87- **Williams, Rona M. (1974).**

Speech difficulties in childhood, A practical Guide for Teachers and Parents. London: George, Harrap.

88- **Wingate, M.E. (1964).**

A standard Definition of Stuttering. Journal of Speech & Hearing Disorders. Vol. 29 pp. 484-489.

89- **Wischner, George J. (1956).**

Stuttering Behavior and Learning. In Speech Therapy, A book of Reading Riper, Van. New York Prentice-Hall, INC.

90- **Yates, Aubrey J. (1970).**

Behavior Therapy. New York: John Wiley and Sons INC.

91- **The New Encyclopedia Britannica (1991).**

Vol. 28-pp. 93-102.

92- **The World Book Encyclopedia . (1991).**

Vol. 18. pp. 936-937.

93- **Collier's Encyclopedia . (1980).**

Vol. 21 . pp. 573.

رقم الإيداع	٢٠٠٥/١٧٩٢
I.S.B.N الترقيم الدولى	977 – 232 – 432 - 6

هذا الكتاب

يعالج موضوعاً جديدا فى الدراسات العربية حيث يتناول فى عرض شامل معظم الجوانب المتصلة بإضطرابات النطق والكلام لدى الأطفال والكبار كما يعرض لأحدث الإستراتيجيات التى يمكن استخدامها فى سبيل تشخيص وعلاج ما يلى:

- التأخر الكلامى
- اضطرابات النطق
- اضطرابات الصوت
- مشكلة الخنف
- اضطراب اللجلجة

وذلك باسلوب علمى مبسط دون اخلال بالإطار العلمى حتى يستفيد منه الآباء والمربون والمتخصصو



